



Jemo

Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V. Verein zur Förderung behinderter und armer Kinder in Indien

Röntgenstr. 25a • 65520 Bad Camberg • Tel.:0049(0)6434-5471 / Fax: 0049(0)6434-9099461
Internet: <https://www.gandhi-kinderhilfe.de> • E-mail: info@gandhi-kinderhilfe.de
Volksbank Rhein-Lahn-Limburg eG • BIC GENODE51DIE • IBAN DE35570928000000042331

Ich unterstütze gerne die Arbeit der **Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V.** und möchte:

Mitglied werden

- Einzelperson (14 € pro Jahr)
- Familie (20 € pro Jahr)

durch Spenden helfen

- mit einer (einmaligen) Spende von _____ €
- mit der Abbuchung von _____ € (einmal jährlich)

_____ Patenschaft(en) übernehmen (bitte Anzahl eintragen)

Mit nur 6 € im Monat bzw. 72 € im Jahr (eine Patenschaft) helfe ich einem Kind in Indien eine schulische Ausbildung zu erhalten.

_____ Waisenkind(er) unterstützen (bitte Anzahl eintragen)

Mit 20 € im Monat bzw. 240 € im Jahr (ein Waisenkind) unterhalten.

durch einen Arbeitseinsatz bei einem Projekt in Indien helfen

Einmaliger Beitrag für den Indienaufenthalt: Bis 1 Monat: 100 € • Bis 6 Wochen 150 € • Bis 3 Monate 200 €

Mir ist bekannt, dass im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft/ Unterstützung erhobene Daten auf Datenträgern gespeichert werden. Ich stimme der Verarbeitung und Speicherung dieser Daten zu.

Name(n): _____

Vorname(n): _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Vorwahl, Telefon: _____ E-mail: _____

Datum, Unterschrift(en): _____

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE74BCA00000272082**

Mandatsreferenz : **GHBCA{Mitgliedsnummer}**

Ich ermächtige die Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg e.V. die Beiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gandhi Kinderhilfe Bad Camberg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Betrag wird zum 1. des Monats / alle 3 Monate(1.2., 2.5., 1.8. und 1.11.) / alle 6 Monate(1.2. und 1.8.) / jährlich(1.2.) erhoben. (bitte Nichtzutreffendes streichen)

Name des Kreditinstitutes	
IBAN	BIC

Bitte vollständig ausfüllen !

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers bzw. Bevollmächtigten