Kaiserswerther Diakonie
Förderstiftung
Menschen stärken

ANTWORT:
Förderstiftung der Kaiserswerther Diakonie
Spendenservice
Alte Landstraße 179
40489 Düsseldorf

Förderkreis Friederike Fliedner Hospiz Kaiserswerth
Förderstiftung der Kaiserswerther Diakonie
Alte Landstraße 179
40489 Düsseldorf
Telefon 0211 409-3436
Fax 0211 409-2590
foerderstiftung@kaiserswerther-diakonie.de
foerderkreis-hospiz@kaiserswerther-diakonie.de

☒ Ja, der Förderkreis des Friederike Fliedner Hospiz Kaiserswerth kann auf mich zählen!

Jeder Euro zählt!

Mit jedem Betrag – ob klein oder groß – helfen Sie uns, den Gästen des Hospizes die letzten Tage ihres Lebens so wertvoll wie möglich zu gestalten und ihnen qualifiziert und zugewandt beizustehen.

Ich möchte das Friederike Fliedner Hospiz Kaiserswerth zuverlässig dauerhaft unterstützen und monatlich Zeit schenken:

❍ 1/2 Stunde (16 Euro) ❍ 1 Stunde (32 Euro) ❍ ____ Stunden (à 32 Euro), gesamt ____ Euro
❍ 1/2 Tag (380 Euro) ❍ 1 Tag (760 Euro) ❍ mein monatlicher Wunschbetrag: ____ (mindestens 16 €)
❍ Ich möchte das Hospiz einmalig mit _____ Euro unterstützen
❍ Ich möchte mich ehrenamtlich engagieren und bitte um weitere Informationen.

Bitte ziehen Sie den Betrag monatlich ab dem _____ * vom unten genannten Konto ein.
Zu Beginn des Folgejahres erhalte ich eine Jahresspendenbescheinigung.

Vorname und Name*

Firma*

Straße und Hausnummer*

PLZ und Wohnort*

Telefon Festnetz, Telefon mobil

E-Mail*

Geburtsdatum

Datum, Unterschrift*

* erforderliche Pflichtfelder

IBAN*:

BIC*: **Kreditinstitut*:**

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die **Förderstiftung der Kaiserswerther Diakonie** (Gläubiger-ID DE83 ZZZ0 0000 5005 47), für den **Förderkreis Friederike Fliedner Hospiz Kaiserswerth** den oben genannten Betrag monatlich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Förderstiftung der Kaiserswerther Diakonie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.
Es gelten dabei die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Ihre **Mandatsreferenz-Nummer** wird separat mitgeteilt.

Herzlichen Dank!

Spendenkonto: DE31 3506 0190 1014 1000 12 BIC GENODED1DKD