



Antrag auf eine Klinikpatenschaft für die MCH-Clinic Jalalabad

Hiermit erkläre ich mich bereit zur Übernahme einer
Klinikpatenschaft für die MCH-Clinic in Jalalabad

Name: _____ Vorname: _____

Beruf + Titel: _____

Straße, _____

PLZ + Ort: _____

Email: _____ Fax: _____ Tel. _____

Die Patenschaft beginnt am _____ und dauert 12 Monate
Danach ist sie unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist jederzeit kündbar.

Der Patenschaftsbeitrag soll **monatlich** betragen: (gewünschtes bitte ankreuzen)

Euro 10.- **monatlich** (Mindestbetrag)

Euro 30.- **monatlich**

Euro _____ monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Ich mache eine einmalige Spende in Höhe von Euro _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Afghanisch-Deutschen Ärzteverein widerruflich, den
Patenschaftsbeitrag von meinem nachstehend angegebenen Konto durch Lastschrift
einzuziehen.

Kontoinhaber _____

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

Bankverbindung _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____