



Growing Health - Germany e.V. Food-Patenschaft

Eine Patenschaft trägt zu der langfristigen Versorgung von täglich über 120 Patientinnen und Patienten im University Teaching Hospital Butare (CHUB) und im Kabutare District Hospital in Ruanda mit zwei warmen Mahlzeiten am Tag bei. Dadurch werden die Abwehrkräfte von mangelernährten Patienten und Patientinnen gestärkt, Wunden heilen schneller und Mütter haben genug Milch für ihre Kinder. Dafür werden fast 4 ha Land nachhaltig bewirtschaftet und weitere Projekte zur Gesundheitsförderung in der Region durchgeführt.

Wie viel möchten Sie monatlich spenden? Kreuzen Sie an oder tragen Sie hier einen freien Betrag ein: _____ € /Monat

5€	10€	15€	25€	35€	50€	100€
Entspricht etwa 1 Patient für 6 Tage/Monat	Entspricht etwa 1 Patient für 12 Tage/Monat	Entspricht etwa 1 Patient für 18 Tage/Monat	Entspricht etwa 1 Patient für einen Monat	Entspricht etwa 1 Patient für 1,5 Monate	Entspricht etwa 2 Patienten für einen Monat	Entspricht etwa 4 Patienten für einen Monat

Hinweis: Es handelt sich bei den Umrechnungen in Patienten bzw. Patientinnen pro Monat um ungefähre Werte. Die Spende kann auch für andere Aktivitäten von Growing Health – Germany e.V. eingesetzt werden, z.B. für die Bewirtschaftung von Anbauflächen oder andere Projekte zur Gesundheitsförderung.

Persönliche Daten

Vorname

Nachname

E-Mail

Straße und Hausnr.

PLZ und Ort

Telefon (freiwillig)

Rechtliche Hinweise: Die Patenschaft wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann jederzeit mit sofortiger Wirkung gekündigt werden. Die Daten werden ausschließlich zur Patenschaftsbetreuung und für statistische Zwecke verwendet. In keinem Fall werden sie an Dritte weitergegeben.

Widerrufsbelehrung: Sie können die Erklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung, jedoch nicht vor Vertragsschluss. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist an die unten angegebene Adresse zu richten. Im Falle eines Widerrufs erstatten wir Ihre bereits getätigten Zahlungen vollständig zurück.

Ort, Datum

(Digitale) Unterschrift



Bitte wählen Sie eine Zahlungsweise aus:

<p>Monatlich</p> <p>Lastschrift</p> <p>Bitte SEPA Lastschriftmandat ausfüllen</p>	<p>Jährlich</p> <p>Lastschrift</p> <p>Bitte SEPA Lastschriftmandat ausfüllen</p>	<p>Monatlich</p> <p>Überweisung</p> <p>z.B. Dauerauftrag Angabe von Kontodaten nicht notwendig</p>	<p>Jährlich</p> <p>Überweisung</p> <p>z.B. Dauerauftrag Angabe von Kontodaten nicht notwendig</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Growing Health – Germany e.V.

Daten des Zahlungspflichtigen:

_____	_____
Name	Straße und Hausnummer
_____	_____
PLZ und Ort	IBAN

Mandatsreferenz (wird durch Growing Health vergeben):

Ich ermächtige Growing Health Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Growing Health auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Das Mandat erteile ich für eine wiederkehrende Zahlung gemäß den obigen Angaben zu meiner Patenschaft. Bei jährlicher Zahlungsweise erfolgt eine Benachrichtigung per E-Mail (Pre-Notification) mindestens zwei Wochen vor dem Termin des Einzugs. Dazu stelle ich sicher, dass Growing Health meine aktuelle E-Mail-Adresse vorliegt. Möchte ich nicht per E-Mail informiert werden, so werde ich per Post über bevorstehende Einzüge benachrichtigt. Ich trage in diesem Fall dafür Sorge, dass Growing Health meine aktuelle Postanschrift vorliegt. Bei monatlicher Zahlungsweise erfolgt der Lastschritteinzug ohne weitere Benachrichtigung zum letzten Werktag des Vormonats. Zu den jeweiligen Einzugsterminen stelle ich eine ausreichende Kontodeckung sicher.

_____	_____
Ort, Datum	(Digitale) Unterschrift

Das vollständig ausgefüllte Formular bitte per Post an untenstehende Adresse oder per Mail (info@growing-health.eu) schicken. **Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**