

Bitte senden Sie uns Ihre Fönderschaftserklärung postalisch in einem verschlossenen Briefumschlag oder per Fax zu.

Augsburger Hospiz- und
Palliativversorgung e.V.

Stadtberger Straße 21
86157 Augsburg

Mit Ihrer Fönderschaft unterstützen Sie die Arbeit des Augsburgers Hospiz- und Palliativversorgung e.V. und unser Palliativteam der Augsburgers Palliativversorgung mit einer regelmäßigen finanziellen Spende. Damit möchten wir den Ausbau des hospizlich-palliativen Netzwerks in der Region Augsburg, das gesundheitliche FÜR|SICH|VOR: SORGEN-Programm, Fortbildungen, wissenschaftliche Arbeiten und Informationsveranstaltungen finanzieren.

Ob Sie monatlich, quartalsweise oder jährlich spenden, bestimmen Sie selbst. Ebenso die Höhe Ihrer regelmäßigen Spende.

Wir werden Sie regelmäßig über die Arbeit unseres Vereins informieren, z.B. durch unseren Jahresbericht oder einen Newsletter. Als Förderer können Sie kostenfrei an Veranstaltungen rund um Hospiz- und Palliativversorgung teilnehmen. Sie gehen aber keine Verpflichtungen ein wie bei einer Mitgliedschaft.

Ihre Spende ist steuerlich absetzbar. Bei Spenden unter 200 Euro erkennt das Finanzamt Ihren Einzahlungs- oder Überweisungsbeleg in Kombination mit Ihrem Kontoauszug an. Ab 200 Euro senden wir Ihnen zu Beginn des Folgejahres eine Zuwendungsbestätigung. Wenn Sie Ihre Bescheinigung früher benötigen, teilen Sie uns dies bitte gleich bei Übermittlung Ihres Lastschriftmandats mit.

Sie können Ihre Förderung jederzeit fristlos beenden, schriftlich oder mit einem kurzen Anruf.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Antragsbearbeitung, Erstellung von Zuwendungsbescheinigungen und Informationen zu Vereinsaktivitäten elektronisch gespeichert. Die Verarbeitung erfolgt im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Ihre Unterstützung ist für uns Hilfe zum helfen!

Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner

Ärztlicher Leiter, Vorsitzender des AHPV e.V.

Augsburger Hospiz- und
Palliativversorgung e.V.



UNS FÖRDERN

freiwillig, längerfristig, aktiv



Worum es uns geht?

Sterben ist Teil des Lebens: mit veränderten Vorzeichen und hin und wieder mit vielfältigen Herausforderungen.

In dieser Lebensphase ist es gut, wenn jemand da ist. Wenn hilfreiche Menschen kommen die wissen, wie man Not lindert und die Zeit haben zum Begleiten.

Es geht uns **um Leben bis zum Schluss.**

Hinter den persönlichen Begleitungen braucht es mehr als engagierte Menschen und Organisationen: Es braucht auch ein funktionierendes Netzwerk, es braucht ein echtes Miteinander der Helfenden und es braucht die gemeinsame Weiterentwicklung der Hilfs- und Versorgungsangebote.

Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung.

**IHRE FRAGEN
BEANTWORTE ICH GERN**

DR. DR. ECKHARD EICHNER

Augsburger Hospiz-
und Palliativversorgung e.V.

Stadtberger Straße 21
86157 Augsburg

Telefon 0821 455 550 0

Telefax 0821 455 550 20

E-Mail info@ahpv.de



Erklärung der Förderschaft und SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit wird, durch die/das unten angegebene Person/Unternehmen, eine Förderschaft für den Augsburg Hospiz- und Palliativversorgung e.V. übernommen.

Vorname, Nachname/

Name des Unternehmens: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich unterstütze die Arbeit des AHPV mit einem **monatlichen** Förderbetrag von:

10 Euro

20 Euro

50 Euro

_____ Euro

Bitte buchen Sie den Betrag in folgendem Rhythmus von meinem Konto ab:

monatlich

vierteljährlich

jährlich

Datum _____

Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter) _____

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Antragsbearbeitung, Erstellung von Zuwendungsbescheinigungen und Informationen zu Vereinsaktivitäten elektronisch gespeichert. Die Verarbeitung erfolgt im Einklang mit den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Augsburg Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Augsburg Hospiz- und Palliativversorgung e.V. von meinem Konto eingezogene Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Diese Bankeinzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Die Gläubiger-ID des Augsburg Hospiz- und Palliativversorgung e.V. lautet DE 40ZZZ00000369692

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

IBAN:

BIC:

Kreditinstitut: _____

Ihre Mandatsreferenz: _____

(wird vom Verein vergeben)

Über den Förderbetrag wünsche ich eine Spendenbescheinigung

Beginn der Förderschaft (Datum): _____

Unterschrift _____