

# Ihr Engagement für das Leben

Helfen Sie Schlaganfall-Betroffenen!

Ihre  
Fördermitgliedschaft  
beginnt hier!

Helfen Sie uns als Freund und Förderer! Bitte senden Sie diesen Coupon per Post in einem ausreichend frankierten Umschlag an uns oder per Fax an 05241 9770-777 oder per E-Mail an [info@schlaganfall-hilfe.de](mailto:info@schlaganfall-hilfe.de)

## Ja, ich helfe gern! Meinen Förderbetrag in Höhe von

40 EUR (jährl. Mindestbetrag)  60 EUR  80 EUR oder den Betrag von  EUR darf die  
Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe bis auf Widerruf von meinem Konto  monatl.  vierteljährl.  halbjährl.  jährlich  
ab Monat/Jahr  /  einziehen.

IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
BIC	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kreditinstitut	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Titel</b>	<b>Vorname</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Straße / Haus-Nr.</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>PLZ / Ort</b>	<b>Spendernummer (falls vorhanden)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Telefon</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>	<b>E-Mail</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort / Datum / Unterschrift Kontoinhaber

**Bitte das Formular ausdrucken,  
unterschreiben und an uns senden**

**Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe**  
Betreuung Fördermitglieder  
Postfach 104  
33311 Gütersloh

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich ermächtige (wir ermächtigen) die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift ein zuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17 ZZZO 0000 5749 70. **Hinweis:** Ich kann (wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz sowie der nächstmögliche Einzugsstermin der Lastschriftspende werden mir (uns) separat mitgeteilt. Sollte das Konto nicht gedeckt sein, besteht für das Kreditinstitut (s. o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Mit Ihrer Spende und/oder Ihrer Anforderung von Informationsmaterial wird Ihre Anschrift in unserer Datenbank gespeichert. Dies ist notwendig, damit wir Zuwendungsbestätigungen ausstellen und Kontakt zu Ihnen aufnehmen können. Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist von größter Bedeutung für uns. Aus diesem Grund ist es selbstverständlich, dass wir uns strikt an die gesetzlichen Datenschutzregelungen halten und Ihre persönlichen Daten streng vertraulich behandeln. Weitere Informationen finden Sie in unseren Datenschutzhinweisen, die Sie online unter [www.schlaganfall-hilfe.de/datenschutz](http://www.schlaganfall-hilfe.de/datenschutz) einsehen können. Unsere allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter [www.schlaganfall-hilfe.de/agb](http://www.schlaganfall-hilfe.de/agb).

