

## Spendenerklärung

-----  
Vorname, Name

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
PLZ und Ort

-----  
E-Mail

-----  
Telefon

-----  
Geburtsdatum

### Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-ID des Vereins: DE29ZZZ00002510001

**JA, ich unterstütze** die Arbeit des Förderverein Klinikum Altmühlfranken e.V.

mit einer **einmaligen Spende in Höhe von** \_\_\_\_\_ Euro und ermächtige den Förderverein diesen Betrag von meinem Konto

**IBAN:** DE\_\_\_\_\_

mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Eine Spendenquittung wird automatisch erstellt, wenn der steuerliche Grenzwert (aktuell: 300,00 €) überschritten wird. Unter dem geltenden Grenzwert kann als Nachweis gegenüber dem Finanzamt der Kontoauszug verwendet werden.

-----  
Datum

-----  
Unterschrift des Kontoinhabers

Informationen zum Zweck der Datenerhebung und -verarbeitung nach Artikel 12, 13 DSGVO finden Sie unter [www.klinikum-almuehlfranken.de/foerderverein](http://www.klinikum-almuehlfranken.de/foerderverein).