

Food Patenschaft

Mit einer Patenschaft unterstützt du eine_n oder mehrere Patienten_in/innen des Centre Hospitalier Universitaire Butare (CHUB) in Huye, Ruanda, durch die Finanzierung einer reichhaltigen Ernährung, organisiert durch Eat To Fight Your Disease (ETFYD) e.V., Kuzamura ubuzima (Growing Health) und Mitarbeiter_innen des Klinikums.

So berechnest du die Höhe deiner monatlichen Spende: Wie viele Patienten_innen möchtest du pro Tag unterstützen? Und kannst du sie einen ganzen Monat lang finanzieren oder nur einige Tage pro Monat? Auch kleinere Summen helfen uns und den Patienten_innen sehr! Die tatsächlich unterstützen Patienten_innen können von Tag zu Tag wechseln, je nach Bedarf und Länge des Krankenhaus-Aufenthalts.



**EAT TO FIGHT
YOUR DISEASE**

Patienten pro Tag		Tage pro Monat					
	7	<input type="checkbox"/>	30	=	€ / Monat		
	6	<input type="checkbox"/>	25				
	5	<input type="checkbox"/>	20				
	4	<input type="checkbox"/>	15				
	3	<input type="checkbox"/>	10				
	2	<input type="checkbox"/>	5				
	1	<input type="checkbox"/>	1				
X							
Bsp. 1:	1	x	15			=	15 €/Monat
Bsp. 2:	3	x	30			=	90 €/Monat

Deine Daten...

Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Email

Telefon (freiwillig)

Freiwillige Angabe: Ich stimme zu, dass ETFYD das Geld auch für andere Ausgaben im Projekt nutzen kann (wie z.B. die Unterhaltung von Feldern oder einer Farm zur Produktion von Nahrungsmitteln).

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, Email) 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

Unterschrift

Zahlungsweise...

- Ich zahle die Patenschaft per Überweisung (z.B. Dauerauftrag)
Jährliche Überweisung Monatliche Überweisung
- Ich erteile Eat to Fight Your Disease eine SEPA-Einzugsermächtigung für den auf Seite 1 festgelegten Betrag. (Bitte fülle das SEPA-Lastschriftmandat aus)
Jährliche Überweisung Monatliche Überweisung



**EAT TO FIGHT
YOUR DISEASE**

SEPA-Lastschriftmandat für deine Patenschaft

Mandatsreferenz (wird durch Eat To Fight Your Disease vergeben): _____

Zahlungsempfänger: Eat to fight your disease e.V. • IBAN: DE05 4036 1906 4140 2209 00 • BIC: GENODEM1IBB

Name, Anschrift und Bankverbindung des/der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber_in):

Name

Straße und Hausnummer

IBAN

PLZ und Ort

BIC

Ich ermächtige ETFYD Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von ETFYD 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 der 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 ETFYD 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 ETFYD meine aktuelle Postanschrift vorliegt. Bei monatlicher Zahlungsweise erfolgt der Lastschrifteinzug ohne weitere Benachrichtigung zum letzten Werktag des Vormonats. Zu den jeweiligen Einzugsterminen stelle ich eine ausreichende Kontodeckung sicher.

Ort, Datum

Unterschrift

Schicke das vollständig ausgefüllte Formular bitte an:

Eat To Fight Your Disease e.V.
zu Hd. Constantin Thieme
Togostraße 6
13351 Berlin

Für weitere Informationen stehen wir dir gerne zur Verfügung: thieme@etfyd.eu

Vielen Dank! Euer Team von Eat To Fight Your Disease e.V.