



**Antrag auf eine Klinikpatenschaft für die MCH-Clinic Jalalabad**

Hiermit erkläre ich mich bereit zur Übernahme einer  
Klinikpatenschaft für die MCH-Clinic in Jalalabad

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf + Titel: \_\_\_\_\_

Straße, \_\_\_\_\_

PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Die Patenschaft beginnt am \_\_\_\_\_ und dauert 12 Monate  
Danach ist sie unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist jederzeit kündbar.

Der Patenschaftsbeitrag soll **monatlich** betragen: (gewünschtes bitte ankreuzen)

Euro 10.- **monatlich** (Mindestbetrag)

Euro 30.- **monatlich**

Euro \_\_\_\_\_  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Ich mache eine einmalige Spende in Höhe von Euro \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Afghanisch-Deutschen Ärzteverein widerruflich, den  
Patenschaftsbeitrag von meinem nachstehend angegebenen Konto durch Lastschrift  
einzuziehen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Bankverbindung \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_