

Fördermitglied beim Medinetz Jena e.V.

Ja, ich möchte die Arbeit des Medinetz Jena e.V. unterstützen und werde Fördermitglied. Damit helfe ich bei der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen, MigrantInnen und Menschen ohne Papiere in Jena und Thüringen.

Ich ermächtige dazu das Medinetz Jena e.V. den Betrag von ____ Euro
monatlich / halbjährlich / jährlich von dem unten genannten Konto abzubuchen.

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
E-Mail	
Kontonummer	Bankleitzahl
Bank	Kontoinhaber
Ort, Datum	Unterschrift

Die Adressdaten und – sofern angegeben – Ihre E-Mail Adresse werden streng vertraulich behandelt. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter.

Sie erhalten vom Medinetz Jena e.V. unaufgefordert eine Spendenbescheinigung als Sammelbestätigung über alle Spenden des Vorjahres bis spätestens Februar des Folgejahres.

Die Fördermitgliedschaft kann jederzeit fristlos schriftlich gekündigt werden.