



Förderantrag

Ja, wir möchten Förderer von APOTHEKER HELFEN e.V. werden.

Daten zu Ihrem Unternehmen / Verein

Name: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Apotheker ja nein

Wenn „ja“, Approbation erteilt am: ____/____/____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Wir möchten den Newsletter erhalten, der uns über aktuelle Projekte und Einsätze von APOTHEKER HELFEN e.V. informiert.

Email-Adresse(n), an die der Newsletter versandt werden kann: _____

Hinweis auf unserer Website

APOTHEKER HELFEN e.V. bietet seinen Förderern die Möglichkeit, sich auf unserer Website (www.apotheker-helfen.de) zu präsentieren. Bitte senden Sie uns hierfür Ihr Logo als JPEG (mind. 500 x 500 Pixel) sowie einen Kurztext (mind. 500 Zeichen inkl. Leerzeichen) zur Vorstellung Ihres Unternehmens bzw. Ihres Vereins.

Wir möchten als Förderer auf der Website von APOTHEKER HELFEN e.V. genannt werden.

Wir bevorzugen es, nicht auf der Website genannt zu werden.

Engagement

APOTHEKER HELFEN e.V. liefert bedarfsgerecht zusammengestellte Arzneimittel und Hilfsgüter in Krisen- und Katastrophenregionen. Als Förderer können Sie uns in der Projektarbeit unterstützen.

Wir interessieren uns für die Projektarbeit und können uns vorstellen, Kompetenzen unseres Unternehmens dem Verein zur Verfügung zu stellen.

Lagerung / Logistik

Technik / PC / Software

Pharmazeutisches Know-how

Sonstiges: _____

Wir können uns derzeit eine Mitarbeit an konkreten Projekten nicht vorstellen.

Förderbeitrag

Als Förderer unterstützen Sie die Arbeit von APOTHEKER HELFEN e.V. ideell und finanziell. Das gibt uns Planungssicherheit und hilft uns, Verwaltungskosten zu stemmen, ohne unsere Projektgelder nutzen zu müssen. Der Mindestbeitrag für Förderer liegt bei 500,- Euro pro Jahr.

- Wir möchten APOTHEKER HELFEN e.V. mit dem jährlichen Mindestbeitrag von 500,- Euro unterstützen.
- Wir möchten APOTHEKER HELFEN e.V. mit einem höheren Beitrag von _____ Euro im Jahr unterstützen.

Einzug des Förderbeitrages

- Wir überweisen den angegebenen Betrag jeweils unaufgefordert zum 30. März des Jahres unter Angabe des Namens unseres Unternehmens bzw. unserer Institution und dem Stichwort „Förderbeitrag“ auf folgende Bankverbindung BIC (Swift): DAAEDED, IBAN: DE 0230 0606 0100 0479 3765.
- Wir erteilen APOTHEKER HELFEN e.V. widerruflich eine Einzugsermächtigung, um den von uns genannten Beitrag zum 30. März des Jahres von unserem Konto einzuziehen.

(Bitte füllen Sie hierfür die Einzugsermächtigung auf Seite 3 aus und senden Sie diese gemeinsam mit dem Förderantrag an uns zurück.)

Anmerkung: Wenn möglich, nutzen Sie bitte die Möglichkeit des Lastschriftverfahrens. Sie ersparen uns damit einen nicht unerheblichen bürokratischen Aufwand.

Über den gezahlten Förderbeitrag erhalten Sie unaufgefordert eine jährliche Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt. Bei einem Eintritt während des Kalenderjahres wird der Beitrag innerhalb eines Monats nach Antragsstellung fällig.

Ich bin damit einverstanden, dass APOTHEKER HELFEN e.V. meine Daten für Vereinszwecke speichert. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie den ausgefüllten Förderantrag **per E-Mail** info@apotheker-helfen.de,
per Fax 089 / 45 207 308 oder **per Post** (APOTHEKER HELFEN e.V., Maria-Theresia-Straße 28,
D- 81675 München) an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen und Lastschriften

Zahlungsempfänger:

APOTHEKER HELFEN e.V.
Maria-Theresia-Straße 28
D- 81675 München

Kontoinhaber:

Firma / Verein: _____
Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Förderbeiträge für APOTHEKER HELFEN e.V. bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos

bei Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC (Swift): _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte senden Sie die ausgefüllte Einzugsermächtigung gemeinsam mit dem Förderantrag **per E-Mail** info@apotheker-helfen.de, **per Fax** 089 / 45 207 308 oder **per Post** (APOTHEKER HELFEN e. V., Maria-Theresia-Straße 28, D- 81675 München) an uns zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!