MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

NOTFALL-PARTNER

WERDEN SIE NOTFALLPARTNER/IN VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

Lastschriftverfahren LSV+ auf das Bankkonto

© Brendan Bannon

Mit 1 Franken pro Tag ermöglichen Sie z. B. jeden Monat:

- ➥ **Behandlung bei Mangelernährung für 2 Kinder**
- ➥ **Malariabehandlung für 30 Kinder**

Lebenswichtig für unsere Patientinnen und Patienten:
Ihre Spende per LSV ermöglicht uns, in Notsituationen innerhalb von 72 Stunden zu handeln.

Effizient für Ärzte ohne Grenzen:
Ihre Spende per LSV bedeutet für uns niedrigere Verwaltungskosten und somit mehr Geld für unsere Projekte!

Einfach für Sie:
Sie können Ihre Spende per LSV jederzeit ändern, unterbrechen oder aussetzen.

EINE REGELMÄSSIGE SPENDE - EINFACH UND EFFIZIENT

ZEWO ZERTIFIZIERT CERTIFIÉ CERTIFICATO

☐ **Ja, ich möchte eine regelmässige Spende an Ärzte ohne Grenzen tätigen.**

☐ Monatlich: 1 Franken pro Tag, 30 Franken/Monat

☐ Monatlich: _____ Franken/Monat

Monat der ersten Überweisung _____

☐ Vierteljährlich: _____ Franken/alle 3 Monate

☐ Halbjährlich: _____ Franken/alle 6 Monate

☐ Jährlich: _____ Franken/Jahr

Frau ☐ Herr ☐ Vorname: _____

Name: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Gewünschte Sprache: ☐ Deutsch ☐ Français ☐ Italiano

Als Notfallpartnerin/Notfallpartner sind Sie ein wichtiger Teil von Ärzte ohne Grenzen. Wir informieren Sie regelmässig über unsere Aktivitäten und die mit Ihrer Spende finanzierten Projekte. Jedes Jahr im Februar erhalten Sie Ihre Steuerbescheinigung.

Weitere Wünsche der Spenderin/des Spenders: _____

Identifikationsnummer LSV: MSF1W

SPENDERSERVICE
0848 88 80 80
donateurs@geneva.msf.org

Belastung des Bankkontos mit LSV+

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf, die ihr von Ärzte ohne Grenzen vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

Bankname _____ PLZ, Ort _____

IBAN (Bankkonto) _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Jede Belastung meines Kontos wird mir avisiert. Der belastete Betrag wird mir rückvergütet, falls ich innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, Ärzte ohne Grenzen Schweiz den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Berichtigung (bitte leer lassen, wird von der Bank ausgefüllt)

IBAN (Bankkonto) _____ IID _____

Datum _____ Stempel und Visum der Bank _____

LSVDDWEB

Ärzte ohne Grenzen (MSF) - Rue de Lausanne 78 - Postfach 1016 - CH-1211 Genf 1 Mont-Blanc - Tel.: 0848 88 80 80 - Fax: 022 849 84 88 - donateurs@geneva.msf.org - www.msf.ch