MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN

NOTFALL-PARTNER

WERDEN SIE NOTFALLPARTNER/IN VON ÄRZTE OHNE GRENZEN

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht

CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) auf das Postkonto der PostFinance AG

© 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 Debit Direct ermöglicht uns, in Notsituationen innerhalb von 72 Stunden zu handeln.

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

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

EINE SPENDE PER DEBIT DIRECT – 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: _____

Teilnehmer-Nr. Ärzte ohne Grenzen (RS-PID): 41101000000560556

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

Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit)
Hiermit ermächtige ich PostFinance bis auf Widerruf, die ihr von Ärzte ohne Grenzen vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten.

IBAN (Postkonto) _____

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, kann PostFinance diese mehrmals prüfen, um die Zahlung durchzuführen, ist aber nicht verpflichtet, die Belastung vorzunehmen. Jede Belastung des Kontos wird dem Kunden von PostFinance in der mit ihm vereinbarten Form avisiert (z. B. mit dem Kontoauszug). Der belastete Betrag wird dem Kunden rückvergütet, falls er innerhalb von 30 Tagen nach Avisierungsdatum bei PostFinance in verbindlicher Form Widerspruch einlegt. Bitte die vollständig ausgefüllte Zahlungsermächtigung an **die unten erwähnte Adresse von Ärzte ohne Grenzen einsenden.**

Ort, Datum _____ **Unterschrift(en)*** _____

* Unterschrift des Vollmachtgebers oder Bevollmächtigten auf dem Postkonto. Bei Kollektivzeichnung sind zwei Unterschriften erforderlich.

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