

**Medinetz Leipzig e.V.**

zu Händen RAA Opferberatung

Peter-Stein-Weg 3

D - 04107 Leipzig

E-Mail: kontakt@medinetz-leipzig.de

Web: www.medinetz-leipzig.de

Sprechzeiten:

Di 16-18 Uhr

Tel.: 0176-61727501

Konto:

Medinetz Leipzig e.V.

GLS Bank

Ktnr.: 111 046 14 00

BLZ: 430 609 67

Fördermitglied bei Medinetz Leipzig e.V.

Ja, ich werde Fördermitglied von *Medinetz Leipzig e.V.* und unterstütze damit die medizinische Versorgung von Flüchtlingen, MigrantInnen und Menschen ohne Papiere in Leipzig.

Dazu ermächtige ich *Medinetz Leipzig e.V.* den Betrag von _____ Euro *monatlich / halbjährlich / jährlich* von dem unten genannten Konto abzubuchen.

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
E-Mail	
IBAN	BIC
Bank	Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift

Die Adressdaten und – sofern angegeben – Ihre E-Mail Adresse verwenden wir nur für Information über unsere Aktivitäten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter. Sie erhalten von *medinetz-leipzig 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.