

Fachstelle kindsverlust.ch
Belpstrasse 24
3007 Bern

031 333 33 60
fachstelle@kindsverlust.ch
www.kindsverlust.ch



Fachstelle Kindsverlust während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit

Name		Anrede	GönnerInnennummer
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1 - Herr <input type="checkbox"/> 2 - Frau <input type="checkbox"/> 3 - Herr und Frau <input type="checkbox"/> 4 - Firma	<input type="text"/>
Vorname (bei Firma: Kontaktperson)			
<input type="text"/>			
Strasse		Mein Gönnerbeitrag beträgt monatlich	CHF <input type="text"/>
<input type="text"/>			
PLZ	Ort	entspricht 1x pro Jahr	CHF <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
E-Mail		WIEDERKEHRENDE SPENDENZUSAGE	<input type="checkbox"/> 1 - jährlich
<input type="text"/>			
Telefon	Geburtsdatum	Ja, ich darf bis auf Widerruf telefonisch kontaktiert werden:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Name MitarbeiterIn	Eintrittsdatum	Ja, ich darf bis auf Widerruf per E-Mail kontaktiert werden und Newsletter erhalten:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	

Zahlungsermächtigung mit Widerspruchsrecht	Bankname / Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Postkonto / Konto-Nr. / IBAN</small>	
Zahlungsweise	Ort, Datum:
<input type="checkbox"/> Belastung des Postkontos mit CH-DD-Basislastschrift (Swiss COR1 Direct Debit) (RS-PID): 41101000001294264	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Belastung des Kontos mit LSV +. Teilnehmer-Nr. des Rechnungsstellers (LSV-ID): FDK1W	Unterschrift(en)*:
	<input type="text"/>
Hiermit bestätige ich meine Unterstützung für die Fachstelle kindsverlust.ch und behalte mir das Recht vor, diese jederzeit zu widerrufen. Die Bedingungen zu LSV+/CH-DD auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiere sie.	

www.kindsverlust.ch/datenschutzerklaerung

Wird von der Bank ausgefüllt	BC-Nr. <input type="text"/>	IBAN-Nr. <input type="text"/>
Ort, Datum	Name der Bank	LSV-Ident: FDK1W
		RS-PID: 41101000001294264

Ein herzliches Dankeschön

Wir hoffen, dass das Gespräch für Sie angenehm und aufschlussreich war. Es freut uns, dass wir Sie als GönnerIn aufnehmen können. Sollten Sie Fragen zu Ihrer Spende oder an die Fachstelle kindsverlust.ch haben, können Sie uns jederzeit unter der Telefonnummer 031 333 33 60 oder per E-Mail an fachstelle@kindsverlust.ch erreichen. Falls Sie sich entschliessen, Ihre Unterstützung nicht weiterzuführen, würden wir uns über eine kurze Rückmeldung zu den Gründen sehr freuen. Ihre Rückmeldung ist für uns äusserst wertvoll.

Datenschutz

Die in diesem Formular erhobenen Daten werden von kindsverlust.ch elektronisch gespeichert. Diese Daten werden verwendet, um Ihre Spenden zu verwalten und Ihnen eine Spendenbescheinigung für steuerliche Zwecke zuzusenden. Darüber hinaus nutzen wir Ihre Daten, um Sie über den Einsatz Ihrer Spenden und verwandte Aktivitäten zu informieren, Ihre Anfragen zu beantworten oder einen Spendenaufruf zu versenden.

Gemäss den schweizerischen und europäischen Datenschutzbestimmungen können Sie der Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit widersprechen. Sie haben auch das Recht, auf Ihre gespeicherten Daten zuzugreifen. Für weitere Informationen kontaktieren Sie uns bitte unter fachstelle@kindsverlust.ch.

Allgemein

Die jährliche Mindestspende beträgt CHF 30.- im Jahr.

Diese Kampagne wird von der Firma Solimont GmbH im Auftrag von kindsverlust.ch durchgeführt. Bei Fragen zu dieser wichtigen Zusammenarbeit können Sie sich gerne mit uns in Verbindung setzen.

www.kindsverlust.ch/datenschutzerklaerung

Dieses Formular für das LSV+/Debit Direct-Verfahren enthält zwei Kopien:

- Kopie 1: Original für die Erfassung Ihrer Daten und die Durchführung des Lastschriftverfahrens bei der Bank bzw. Post.
- Kopie 2: Ihre persönliche Kopie, die Ihnen nach dem Gespräch ausgehändigt wird.

Bitte überprüfen Sie, ob alle Angaben, insbesondere Ihre Bank- oder Postverbindung, korrekt eingetragen wurden. Informieren Sie uns über nötige Korrekturen und Anpassungen sowie Adressänderungen.

Belastungsermächtigung der Bank mit Widerspruchsrecht (LSV+): Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf die ihr von obigem Rechnungssteller vorgelegte Lastschriftforderungen in CHF meinem Konto zu belasten. 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 Kalendertagen nach Avisierungsdatum bei meiner Bank in verbindlicher Form Widerspruch einlege. Ich ermächtige meine Bank, dem Rechnungssteller im In- oder Ausland den Inhalt dieser Belastungsermächtigung sowie deren allfällige spätere Aufhebung mit jedem der Bank geeignet erscheinenden Kommunikationsmittel zur Kenntnis zu bringen.

Zahlungsermächtigung der PostFinance mit Widerspruchsrecht (CH-DD): Hiermit ermächtigt der Kunde PostFinance bis auf Widerruf, die von untigem Rechnungssteller angegebenen Beträge seinem Konto zu belasten. 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.