

## Therapiepatenschaftsantrag

Ich/Wir möchte/n eine Patenschaft für die tiergestützte Therapie eines behinderten Kindes übernehmen: (Tiergestützte Therapie findet in der Regel einmal wöchentlich statt. Die Einzelstunde kostet 70,- €, monatlich fallen Kosten in Höhe von 280,- € pro Kind an).

mit einem **monatlichen Therapiepatenschaftsbeitrag**

- von 20 € monatlich       von 30 € monatlich  
 von 40 € monatlich       von \_\_\_\_\_ € monatlich

---

|                    |         |
|--------------------|---------|
| _____              | _____   |
| Name               | Vorname |
| _____              |         |
| Straße, Haus-Nr.   |         |
| _____              |         |
| PLZ, Ort           |         |
| _____              | _____   |
| Telefon (Festnetz) | Fax     |
| _____              | _____   |
| Telefon (Mobil)    | E-Mail  |

Beginn der Therapiepatenschaft ist jeweils der **1.** des Folgemonats. Ein Widerruf der Patenschaft ist nach Ablauf eines Kalendermonats jederzeit möglich.

Der Geniushof e.V. ist vom Finanzamt Flensburg als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt. Ihre Spende ist steuerlich absetzbar. Eine Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung) erhalten Sie immer im Januar des folgenden Jahres.

- 
- **Gläubiger Identifikationsnummer: DE78ZZZ00000479879**
  - **Mandatsreferenznummer = Therapiepatenschaftsnummer. Diese wird dem Kontoinhaber mit separatem Schreiben über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt)**
  - **SEPA-Lastschriftmandat oder Überweisung** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ich/Wir ermächtige/n den Verein, bis auf Widerruf den Monatsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € erstmals ab \_\_\_\_\_ mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Geniushof e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen:

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_

- Ich/Wir überweise/n den Patenschaftsbeitrag fristgerecht auf das Konto des Geniushof e.V. mit der BIC Nr.: MVBM DE 55 und der IBAN Nr.: DE 8555 1900000 536540016 bei der Mainzer Volksbank eG mit dem Verwendungszweck „**Therapiepatenschaft**“ sowie Namen und Anschrift.

---

|           |   |
|-----------|---|
| _____     | _____                                     |
| Ort/Datum | Unterschrift der/des Bankbevollmächtigten |

---

**Postanschrift:**  
Geniushof e.V., Schwanburg,  
24402 Esgrus  
Telefon: 0 46 37 / 96 47 89  
Telefax: 0 46 37 / 96 47 94

**Bankverbindung:**  
Mainzer Volksbank eG  
BIC: MVBM DE 55  
IBAN: DE 8555 1900000 536540016

**Vorstand:**  
1. Vorsitzende: Daniela E. Hahn  
2. Vorsitzende: Bettina Kissel  
**E-Mail:** [info@geniushof.de](mailto:info@geniushof.de)  
**Internet:** [www.geniushof.de](http://www.geniushof.de)