

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hannover, den \_\_\_\_\_

LindenLimmerStiftung  
Vorstand  
Otto-Brenner-Str.4  
30159 Hannover

### Mein Förderbeitrag für die LindenLimmerStiftung

Ja, ich möchte einen Förderbeitrag für die Arbeit der LindenLimmerStiftung leisten, und zwar *(bitte Zutreffendes ankreuzen)*

- einen monatlichen Förderbeitrag in Höhe von ..... EUR
- einen einmaligen Förderbeitrag in Höhe von ..... EUR

Die LindenLimmerStiftung soll meinen Förderbeitrag folgendermaßen verwenden:

- zur Erhöhung des Stiftungskapitals (*Mindestförderbeitrag muss dann 500 EUR betragen*)  
Die Zinsen/Erträge aus dem Kapital werden zur Förderung von Projekten bzw. Einrichtungen verwendet.
- als Spende zur direkten Förderung von Projekten bzw. Einrichtungen
- flexibel; die Entscheidung über die Verwendung soll der Stiftungsvorstand treffen (Erhöhung des Stiftungskapitals und/oder direkte Förderung)

Die Zahlung meines /unseres Förderbeitrages soll beginnen am (Tag, Monat und Jahr): .....

- bis auf weiteres
- befristet bis zum (Monat und Jahr) .....

### Meine/unsere Förderbeiträge

- überweise ich/überweisen wir selbst per Dauerauftrag bzw. Einmalzahlung von meinem/unserem Konto auf das Konto IBAN DE 98 2519 0001 0580 0200 00  
Bankname: Hannoversche Volksbank eG - Kontoinhaber: LindenLimmerStiftung
- überweise ich/überweisen wir nicht selbst, sondern ich erteile/wir erteilen der LindenLimmerStiftung ein SEPA Lastschriftmandat (siehe nächste Seite)



Ich bin damit einverstanden, dass mein Name – als Stifter – in Verbindung mit der Stiftung öffentlich genannt wird.

Stadtteilstiftung LindenLimmerStiftung  
Otto-Brenner-Str.4  
30159 Hannover  
Gläubiger Identifikationsnummer DE 27ZZZ00001218579

### SEPA Lastschrift-Mandat

Mandatsreferenz: ..... (eine eindeutige Bezeichnung, wird durch die Stadtteilstiftung LindenLimmerStiftung vor dem ersten Lastschrifteinzug vergeben und mir/uns schriftlich mitgeteilt).

Ich ermächtige/wir ermächtigen die LindenLimmerStiftung, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LindenLimmerStiftung auf mein/ unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber/in)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

E-Mail-Adresse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

---

Ort und Datum

---

Unterschrift / Datum