

Mitglied werden

Ich möchte Mitglied werden im **Förderverein Soziale Dienste Linden e. V.**, Elisabeth-Schwarzhaupt-Straße 5
35440 Linden

Name: _____
Vorname: _____

Meine Anschrift

Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
geb. am: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag in
Höhe von: _____ EUR (mindestens 12,00 EUR)
Meinen Mitgliedsbeitrag kann ich freiwillig
erhöhen.

Beginn meiner Mitgliedschaft: _____

Dazu erteile ich umseitiges Lastschriftmandat.

Der Jahresbeitrag von: _____ EUR soll

einmal im Jahr am 1. April

jeweils zur Hälfte am 1. April und 1. Oktober

eingezogen werden.

Oder

Ich überweise meinen Beitrag auf das Konto

bei der Volksbank Mittelhessen
BIC: VBMHDE5F
IBAN: DE62 5139 0000 0011 7411 00

Ich überweise meinen Beitrag auf das Konto

bei der Sparkasse Gießen
BIC: SKGIDE5F
IBAN: DE70 5135 0025 0243 0004 56

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Kontaktadresse:

Förderverein Soziale Dienste Linden e.V.
Elisabeth-Schwarzhaupt-Straße 5
35440 Linden

E-Mail: info@fsd-linden.de

Dr. Ulrich Lenz, Vorsitzender
Telefon: 0170 / 55 40 889

Weitere Informationen über den Förderverein
unter

www.FSD-Linden.de

***Bitte Unterstützen Sie
uns!***

Diakoniestation Linden:

E-Mail: info@diakoniestation-linden.de
Telefon: 06403 / 9 79 30-0

Ev. Seniorenzentrum Linden, Pflegeheim:

Telefon: 06403 / 95 54-0

Café Hilde

Telefon: 06403 / 979 300

Generationenbrücke

Telefon: 06403 / 969 0364

Der Förderverein ist im Vereinsregister beim
Amtsgericht Gießen eingetragen und vom Finanzamt
als „gemeinnützig“ anerkannt.
Die Vorstände des Vereins arbeiten ehrenamtlich.



**Wir sind die
Freunde und Förderer
der Diakoniestation Linden,
des Seniorenzentrums in Linden,
des Café Hilde,
der Generationenbrücke.**

***Lasst uns gemeinsam
Gutes tun!***

„Wer nichts für andere tut,
tut nichts für sich!“

(Johann Wolfgang von Goethe)



Übergabe einer Autospende



Seniorenzentrum und Diakoniestation
Linden



Jährlich stattfindendes
Patientenkaffee

Werden auch Sie Mitglied

Aufgaben des Fördervereins

Im Hinblick auf die Zweckbestimmung stellt sich der Verein als besondere Aufgaben:

- Breite Kreise der Lindener Bevölkerung sowie in diesem Raum ansässige Unternehmen, Verbände, Vereine und Körperschaften für die Mitgliedschaft zu gewinnen.
- Einen finanziellen Beitrag zum Ausbau und Betrieb der Diakoniestation in Linden zu leisten, über deren Arbeit zu informieren und den Träger zu beraten.
- Das bürgerschaftliche Engagement in der Pflege und Betreuung alter, kranker, behinderter oder sonst der Hilfe bedürftiger Menschen in Linden zu stärken, pflegende Angehörige und die Arbeit professioneller Dienste zu unterstützen.

Verwendung / Einsatz der gespendeten Mittel

- Auto- und Sachspenden an die Diakoniestation Linden, zur Vermeidung eines Investitionszuschlages für deren Kunden.
- Anteilige Finanzierung der Ausbildung der ehrenamtlichen Mitarbeiter der Demenzbetreuung und der Seniorenbegleitung.
- Gewährung von Einzelhilfen für in Not geratene Lindener Bürger, denen schnell und unbürokratisch geholfen werden muss.
- Übernahme der Kosten für Leistungen, die zusätzlich zu den von der Pflegeversicherung getragenen Leistungen, von der Diakoniestation erbracht werden.
- Anteilige Finanzierung einzelner ausgewählter Projekte der Generationenbrücke.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlungen/Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Förderverein Soziale Dienste Linden e.V.
Elisabeth-Schwarzhauptstr. 5
35440 Linden

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE05FSD00000043917	[Mandatsreferenz] (wird separat nachgereicht)
--	--

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) den **Förderverein Soziale Dienste Linden e.V.** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom **Förderverein Soziale Dienste Linden e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

IBAN: DE _____

BIC: _____

(*1 Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------