

1. Mijn gegevens

Achternaam			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Voornamen (voluit)			
BSN/sofinummer			
Straat en huisnummer			
Postcode en woonplaats			
Land			
Geboortedatum	Geboorteplaats		
Telefoonnummer	E-mail		

2. Periodieke Schenking

Bovengenoemde, hierna te noemen "schenker", verklaart een gift te doen aan Amref Health Africa.

Schenker verklaart bij dezen te schenken aan: Stichting Amref Health Africa NL, gevestigd te Leiden, Schuttersveld 9, 2316 XG.

De gift bestaat uit vaste en gelijkmatige periodieke uitkeringen van (bedrag in cijfers) €

(bedrag in letters) euro

per jaar, die gedurende minstens vijf jaar worden uitgekeerd en uiterlijk eindigen bij:

het overlijden van de schenker het overlijden van een ander dan de schenker

Eindigt de gift bij het overlijden van een ander dan de schenker? Vul dan de naam in van die persoon:

Looptijd 5 jaar 10 jaar onbepaalde tijd (minimaal vijf jaar)

Ingangsjaar

BEPALINGEN

Bij overlijden van de schenker zal geen verrekening of teruggave van de laatstbetaalde termijn, of een gedeelte daarvan, kunnen worden gevorderd.

3. Gegevens van mijn echtgeno(o)t(e) / geregistreerd partner n.v.t.

Achternaam			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Voornamen (voluit)			
BSN/sofinummer			
Geboortedatum	Geboorteplaats		
Land			
Getekend te (plaats)			
Datum			
Handtekening schenker:			Echtgeno(o)t(e) / geregistreerd partner:

4. Betalingswijze

Zelf overmaken

Ik wens (de termijnen van) de gemelde jaarlijkse schenking zelf over te maken.

Automatische machtiging

Ik machtig Amref Health Africa om bovengenoemde jaarlijkse schenking gedurende de aangegeven periode in gelijke termijnen, per maand kwartaal half jaar jaar af te schrijven van mijn rekening*.

Mijn IBAN is:

Naam incassant: Amref Health Africa, Schuttersveld 9, 2316 XG Leiden, Nederland

Amref IBAN: NL68ABNA07070457

Amref incassant ID: NL28ZZZ411502980000

Getekend te

Handtekening schenker

Datum

* Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan Amref om een incasso-opdracht naar uw bank te sturen en om het afgesproken bedrag rond de 28e van de maand af te laten schrijven. En aan uw bank om deze afschrijving conform de opdracht van Amref Health Africa uit te voeren. Als u het niet eens bent met deze afschrijving kunt u deze binnen 8 weken eenvoudig laten terugboeken door contact op te nemen met uw bank.

5. Ondertekening namens Amref Health Africa

Naam

Functie

Transactienummer

RSIN/fiscaal nummer 004531395

Plaats

Datum

Handtekening

namens ontvanger

Vergeet u niet uw handtekening te plaatsen en de volmacht naar Amref Health Africa te sturen in de bijgesloten antwoordenvlop.

Binnen enkele weken ontvangt u de originele overeenkomst ondertekend door Amref Health Africa thuis.

