

Liebe Spenderin,
lieber Spender,

Ihre Spende bis zum Betrag von 200 Euro können Sie in Verbindung mit Ihrem Bareinzahlungsbeleg oder der Buchungsbestätigung (Kontoauszug) des Kreditinstituts **selbst** steuerlich geltend machen. Hierzu ist keine weitere Spendenbescheinigung erforderlich!

Es reicht aus, wenn Name und Kontonummer unseres Vereins, Betrag und Buchungstag aus diesem Beleg ersichtlich sind. Bitte schreiben Sie „**Spende**“ als Verwendungszweck, da für das Finanzamt ersichtlich sein muss, ob es sich um eine Spende oder z.B. um den von Ihnen gezahlten Mitgliedsbeitrag handelt.

Bei höheren Beträgen stellen wir Ihnen dann sehr gerne die Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung) nach § 50 Abs. 1 EStDV aus.

Ausdrücklich bestätigen wir, dass der „**In Würde alt werden e.V.**“, Elkenroth, nach dem Freistellungsbescheid des Finanzamts Altenkirchen- Hachenburg vom 9. Juni 2020 mit Steuernummer 02/660/35159 als gemeinnützig anerkannt ist. Die Einhaltung der satzungsmäßigen Voraussetzungen nach den §§ 51, 59, 60 und 61 AO wurde vom Finanzamt Altenkirchen- Hachenburg mit Bescheid vom 9. Juni 2020 festgestellt. Wir bestätigen, dass die Zuwendung nur zur Förderung gemeinnütziger Zwecke im Sinne der §§ 51 ff. AO verwendet wird.

Unser Verein fördert folgende gemeinnützige Zwecke:

Förderung von Wissenschaft und Forschung (§52 Abs. 2 Satz 1 Nr. (n) 1 AO)

Wir danken Ihnen sehr herzlich für Ihre wichtige Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Kontonr. „**In Würde alt werden e. V.**“: **DE69 5736 1476 0000 1165 13**

Volksbank Elkenroth – falls erforderlich: BIC= GENODED1GBS

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

In Würde alt werden e.V.

Hollerweg 20
57578 Elkenroth

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI)

DE11IWA00002327383

Mandatsreferenz: (wird noch mitgeteilt)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) den Verein **In Würde alt werden e.V.** Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Verein **In Würde alt werden 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Wiederkehrende Zahlung _____ € / Monatl. Quart. Halbj. Jährlich / einmalige Zahlung _____ €

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Geburtsdatum+, EMAIL+) += freiwillige Angabe:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC: (nur erforderlich wenn IBAN nicht mit DE beginnt):

Der Verwendung meiner persönlichen Daten nach der DS- GVO (Datenschutzgrundverordnung) stimme ich zu.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Vom Kontoinhaber abweichendes Mitglied: Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von:

Vorname und Name: