

Periodieke schenkingsovereenkomst



1 Basisgegevens

Naam van de schenker	☐ M / ☐ V	
Naam van de begunstigde	Vereniging Artsen zonder Grenzen	
Vast bedrag per jaar in euro	€	(min. schenkbedrag 50 euro per jaar)
Vast bedrag per jaar in letters		

2 Looptijd

Voorwaarde voor fiscale aftrekbaarheid is dat de schenking minimaal vijf jaar aaneengesloten loopt. Daarna kunt u de overeenkomst op elk gewenst moment beëindigen.

Indien gewenst kunt u de maximale looptijd aangeven (minimaal 5 jaar): __ jaar.

Deze overeenkomst eindigt eventueel eerder bij overlijden van de schenker, verliezen baan, arbeidsongeschiktheid of bij het vervallen van de ANBI status van de begunstigde.

In het jaar dat u als ingangsjaar kiest, dient de eerste betaling van het volledige jaarbedrag te geschieden.

Betalingen die zijn gedaan vóór de datum van ondertekening van deze overeenkomst door de schenker én door de begunstigde, kunnen niet worden meegerekend in het kader van deze overeenkomst.

Ingangsjaar van de schenking	
------------------------------	--

3 Persoonlijke gegevens schenker

Achternaam schenker		
Voornamen voluit		
Burgerservicenummer		
Geboortedatum, -plaats (land)		
Straat en huisnummer		
Postcode en woonplaats		
Land (indien niet Nederland)		
Telefoonnummer(s)		
E-mailadres	☐ Ja, ik ontvang graag nieuws en bijzondere verhalen uit het veld via e-mail	
Partner	☐ Ja (ga door naar 5) / ☐ Nee (ga door naar 6)	

4 Gegevens begunstigde (in te vullen door Artsen zonder Grenzen)

Naam begunstigde	Vereniging Artsen zonder Grenzen
Straat en huisnummer	Plantage Middenlaan 14
Postcode en woonplaats	1018 DD AMSTERDAM
Land	Nederland
Transactienummer	
Fiscaal(RSIN) nummer	006790264

5 Persoonlijke gegevens van de echtgenoot/geregistreerd partner van de schenker

Achternaam	
Voornamen voluit	

6 Gegevens over de wijze van betaling

☐ Ik maak het bedrag zelf jaarlijks over op: IBAN NL57 ABNA 0243 0644 62 t.n.v. Artsen zonder Grenzen Amsterdam o.v.v. het transactienummer (zie onder 4)

☐ Doorlopende SEPA-machtiging: Ik betaal per automatische incasso en machtig hierbij:

Naam begunstigde	Vereniging Artsen zonder Grenzen		
om een vast bedrag per jaar in euro	€	In letters:	
met ingang van	Datum:		
af te schrijven van mijn rekening			
in gelijke termijnen per:	☐ Maand ☐ Kwartaal ☐ Half jaar ☐ Jaar		
In te vullen door begunstigde: (Incassant ID)	NL73ZZZ412159740000		
In te vullen door begunstigde: (Kenmerk van de machtiging)			

Door ondertekening van deze machtiging geeft u de begunstigde toestemming om doorlopende incassoopdrachten naar uw bank te sturen om een bedrag van uw rekening af te schrijven en aan uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht in deze overeenkomst vermeld. Als u het niet eens bent met een afschrijving kunt u die laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Plaats:	Datum:
Handtekening schenker:	Handtekening partner (indien van toepassing):
Wilt u eventuele lopende incasso's stopzetten: ☐ Ja ☐ Nee	

7 Handtekening (namens) Artsen zonder Grenzen

Naam	George Ooms
Functie	Hoofd communicatie en fondsenwerving
Plaats	Amsterdam
Datum	
Handtekening namens begunstigde	

8 Handtekening(en) schenker

Plaats:	Datum:
Handtekening schenker:	Handtekening partner (indien van toepassing):

Graag invullen, uitprinten, ondertekenen en per post sturen naar (postzegel niet nodig):

Artsen zonder Grenzen, Antwoordnummer 11015, 1000 PB AMSTERDAM

Wij zorgen ervoor dat het formulier wordt verwerkt. Het originele document, voorzien van het transactienummer, sturen wij terug voor uw eigen administratie. Dit is nodig voor de belastingaangifte.

Mocht u meer informatie wensen dan kunt u gerust contact opnemen met Amita Ramai via telefoonnummer 020 - 520 8999 of e-mailadres: schenking@artsenzondergrenzen.nl