

# VARUSSCHLACHT IM OSNABRÜCKER LAND

## MUSEUM UND PARK KALKRIESE

VENNER STRASSE 69, 49565 BRAMSCHE-KALKRIESE  
TEL: +49 [0] 5468 9204-0, FAX: +49 [0] 5468 9204-45  
E-MAIL: KONTAKT@KALKRIESE-VARUSSCHLACHT.DE

### Patenschaftsantrag

Mit einer Fundpatenschaft unterstützen Sie aktiv die Arbeit der Restaurierung von Funden vom antiken Schlachtfeld von Kalkriese. Im persönlichen Gespräch gehen wir gerne auf Ihre besonderen Wünsche ein.

Ja, ich möchte die VARUSSCHLACHT im Osnabrücker Land gGmbH als Fundpate unterstützen.

Die Patenschaft soll

- für mich selbst gelten.
- ein Geschenk sein.
  
- ein Jahr lang gelten und danach automatisch enden.
- sich automatisch verlängern, wenn ich nicht einen Monat vor Ablauf des Jahres kündige (nur bei SEPA-Lastschriftverfahren möglich).

Vor- und Zuname oder Firma \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Ich zahle

- Einen Jahresbeitrag von 75 Euro.
- Freiwillig einen höheren Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro

Ich wünsche eine Spendenbescheinigung

Ich möchte, dass der Name des Paten auf der Homepage des Museums bekannt gegeben wird

Ich möchte regelmäßig mit dem Online-Newsletter über Veranstaltungen und Neuigkeiten informiert werden.

Ich wünsche eine Patenschaftsurkunde

## Zahlungsweise

Ich überweise den Jahresbeitrag auf das Konto der

VARUSSCHLACHT im Osnabrücker Land gGmbH  
Konto Nr. 238386, Sparkasse Osnabrück, BLZ 26550105  
IBAN: DE29 2655 0105 0000 238386, Swift Code: NOLADE 22  
Verwendungszweck: Fundpatenschaft und Name, Vorname

Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat (bitte untere Hälfte ausfüllen)

---

Datum, Ort, Unterschrift

---

### SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die VARUSSCHLACHT im Osnabrücker Land gGmbH  
einmalig / einmal jährlich (unzutreffendes streichen)

die oben vereinbarte Summe mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein  
Kreditinstitut an, die von der VARUSSCHLACHT im Osnabrücker Land gGmbH auf mein  
Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung  
des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (ggf. Adresse für Spendenbeleg):

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

---

Datum, Ort, Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer DE60ZZZ00001113613  
Mandatsreferenz (bitte nicht selbst ausfüllen)