



**SAMHATHI**  
HILFE FÜR INDIEN E.V.

## SPENDENFORMULAR: MY INDIAN PATIENT (MIP)

Ich will einem **Patienten** mit schwerer chronischer Erkrankung oder Behinderung eine mobile **ärztliche Versorgung** mit Medikamenten **ermöglichen** und zahle hierfür bis auf weiteres **€ 10 pro Monat**.

Ich zahle den Betrag

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

auf das deutsche Spendenkonto ein.

Ich übernehme die Patenschaft für zunächst 7 Jahre (ideale Zeitspanne). Vorschläge für einen Patienten werden mir von Samhathi vorgelegt. Über die Verwendung des Sponsorengeldes werde ich einmal im Jahr von SAMHATHI Indien informiert.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Danke für Ihre Unterstützung!**

Samhathi - Hilfe für Indien e.V.  
LigaBank Regensburg  
Konto-Nr: 130 623 5 / BLZ 750 903 00  
IBAN: DE 32 750 903000001306235  
BIC: GENODEF1M05

Projekt Verantwortlich:  
Timm Schneider  
[tim.schneider@samhathi.org](mailto:tim.schneider@samhathi.org)