



DER WEG ZU UNS

Besuchen oder schreiben Sie uns

Boxzentrum Münster e.V.

Schiffahrter Damm 319

48157 Münster

Telefon: 0251 / 93 21 03 05

info@boxzentrum-muenster.de

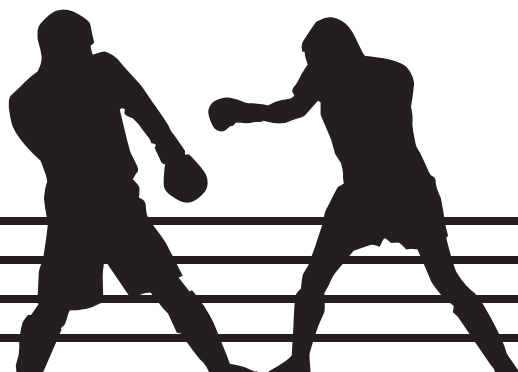
www.boxzentrum-muenster.de



Ihr Ansprechpartner für Spenden und Sponsoring:

Christian Kosmider

christian.k@boxzentrum-muenster.de



www.farids-qualifighting.de



„Ohne Schulbuch keine Boxhandschuhe!“

**Ganzheitliche Persönlichkeitsbildung
für Kinder und Jugendliche**

**HELFEN SIE MIT EINER
PASSIVEN MITGLIEDSCHAFT!**

HELFFEN SIE MIT!

Farid's QualiFighting ist ein Projekt, das sich speziell an Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen richtet. Alle Teilnehmer/innen nehmen nicht nur am sportlichen Angebot teil, sondern werden auch in ihrer schulischen Bildung betreut und unterstützt. Nur wer vernünftig in der Schule lernt, darf auch lernen zu boxen.

Mit Ihrer Hilfe können Sie gewährleisten, dass wir auch in Zukunft unsere Arbeit fortsetzen können. Ab **10,- € im Monat** können Sie durch eine passive Mitgliedschaft dazu beitragen, dass Kinder und Jugendliche eine echte Chance im Leben bekommen. Klassische Werte wie Pünktlichkeit und Disziplin werden gestärkt, um Kinder auf den richtigen Weg im Leben zu leiten. Toleranz und gegenseitiger Respekt sind fundamentale Prinzipien, die eingefordert und umgesetzt werden.

Die Schirmherrschaft für das Projekt hat der Ministerpräsident des Landes NRW, Armin Laschet übernommen. Darüber hinaus ist Farid's QualiFighting mit zahlreichen Auszeichnungen bedacht worden: www.farids-qualifighting.de/auszeichnungen

Werden Sie passives Mitglied und helfen Sie Kindern und Jugendlichen sich im Leben durchzuboxen!

JEDE SPENDE UNTERSTÜTZT DIE KINDER UND JUGENDLICHEN!

Boxzentrum Münster e.V.
Sparkasse Münsterland Ost · BIC WELADED1MST
IBAN DE34 4005 0150 0000 4925 95

Spendenquittung möglich

www.boxzentrum-muenster.de

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich möchte den Verein **Boxzentrum Münster e.V. als Träger des Projekts Farid's QualiFighting** bis auf Widerruf unterstützen

- mit einer **einmaligen Spende** in Höhe von _____ Euro.
- mit einer **monatliche Spende** ab dem _____ [bitte Datum eintragen] in Höhe von _____ Euro.
- mit einer **passiven Mitgliedschaft** ab dem _____ [bitte Datum eintragen] in Höhe von monatlich _____ Euro *oder* jährlich _____ Euro.

Ich ermächtige das Boxzentrum Münster e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Boxzentrum Münster e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut Name: _____

Kreditinstitut BIC: _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort

Unterschrift