***Vorschlag für ein Bestätigungsschreiben an Patienten***

………………………………………………………………………………………………………….

*Briefkopf der Zahnarztpraxis*

**Unsere Praxis sammelt Zahngold für das Hunger Projekt e. V.**

**Bestätigung für**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Name des Patienten/der Patientin*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Straße*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Postleitzahl / Ort*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ggfs. Email / Telefon*

Hiermit bestätigen wir, dass wir Ihr Zahngold

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Anzahl der Stücke, ggfs. Bezeichnung*

ausschließlich zur Weiterleitung an das Hunger Projekt e. V. entgegengenommen haben.

Diese Weitergabe werden wir nicht steuerlich geltend machen. Es entsteht daraus für   
unsere Praxis weder ein zusätzlicher Gewinn, noch sonst irgendein Vorteil.

Unser Ziel ist es, durch die Vermittlung des Zahngoldes die Entwicklungsprogramme von Das Hunger Projekt ([www.das-hunger-projekt.de](http://www.das-hunger-projekt.de)) zu unterstützen.

Das Hunger Projekt lässt den Materialwert Ihres Zahngoldes schätzen. Ab einem Wert   
von 100 € erhalten Sie eine Geldzuwendungsbescheinigung, die Sie steuerlich geltend machen können.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihr Vertrauen!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum und Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin*

Mit der Weiterleitung meines Zahngoldes an das Hunger Projekt e. V. bin ich einverstanden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum und Unterschrift des Patienten / der Patientin*