



FORSCHEN HILFT HEILEN

Betrag * 180 € (entspricht einem Platz) _____ €
Rhythmus * einmalig monatlich vierteljährlich jährlich

PERSÖNLICHE DATEN

Anrede * / Titel _____
Vor-/Nachname * _____
Firma ** _____
E-Mail-Adresse * _____
Telefon _____
Spendenquittung * nein, danke ja, bitte
Adresse * _____
PLZ / Ort * _____
Land * _____
Anzahl Plätze* _____
Nachricht * _____

ZAHLUNGSWEISE

Lastschriftverfahren

Kontoinhaber / -in * _____
IBAN * _____
BIC / Swift * _____

Hiermit stimme ich der Abbuchung der Spende zu und bestätige, dass ich Kontoinhaber/-in bin.

Ort, Datum

Unterschrift

* = Pflichtfeld, ** = bei Unternehmensspenden

VIELEN DANK FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG