Spendenformular

Hospiz- und Palliativdienst
Begleitende Hände e.V.

Informationen zum Spender (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Land

Telefon*

E-Mail*

*Angaben freiwillig

Informationen zur Spende

Ja, ich (wir) möchte(n) den Betrag von _____ Euro spenden!

Die Zahlung erfolgt

☐ sofort ☐ monatlich ☐ jährlich

und ist bestimmt für

☐ Spendenkonto **"Stationär"** ☐ Spendenkonto **"Ambulant"**

Ich (wir) möchte(n) für die Spende folgende Zahlungsmethode verwenden:

Die Zahlung erfolgt ☐ bar ☐ Scheck ☐ Überweisung ☐ andere Zahlungsmethode

Überweisungen bitte an folgendes Vereinskonto:

Konto:	Spendenkonto "Stationär"	Spendenkonto "Ambulant"
IBAN:	DE37 8705 2000 3631 0050 90	IBAN: DE52 8705 2000 0190 0039 28
BIC:	WELADED1FGX	BIC: WELADED1FGX
Geldinstitut:	Sparkasse Mittelsachsen	Sparkasse Mittelsachsen

Der Betrag soll per Bankeinzug (Lastschrift) von folgendem Konto abgebucht werden:

Kontoinhaber:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Geldinstitut:

Informationen zur Empfangsbestätigung

Spendenquittung wird gewünscht ☐ ja (Bitte Adresse angeben) .....

☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift

Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Telefon: 037292 / 65 84 14 | Telefax: 037292 / 65 84 19 | www.hospiz-oederan.de | pflegeleitung@hospiz-oederan.de