

Förderkreis KINDERSCHUTZAMBULANZ / KINDERNETZWERK

Freunde und Förderer Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf e. V.

Ich werde Mitglied im Förderkreis KinderschutzAmbulanz / Kindernetzwerk und bitte um laufende Informationen.

Name: _____ Vorname: _____

Firma: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____

Ich werde Mitglied im Förderkreis ohne finanzielle Verpflichtung.

Ich unterstütze den Förderkreis mit einem einmaligen Spendenbeitrag
von € _____

Ich unterstütze den Förderkreis mit einem regelmäßigen
monatlichen / jährlichen Spendenbeitrag von € _____

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die Freunde und Förderer Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge mittels Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Einzug ab: _____

€ monatlich / jährlich: _____

Datum

Unterschrift des / der Kontoinhabers/-in

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE91ZZZ00000243353

Förderkreis KinderschutzAmbulanz /
Kindernetzwerk
Freunde und Förderer
Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf e. V.
Kirchfeldstr. 40 | 40217 Düsseldorf
Telefon 0211/919 - 2157
Telefax 0211/919 - 3956

Sprecherin
des Förderkreises
Astrid Brauckhoff
Friedhofsweg 1A
40489 Düsseldorf
Telefon 0211/919 - 2157
astrid.1104@gmx.de

Bankverbindung
Stadtsparkasse Düsseldorf
IBAN: DE86 3005 0110 0043 0009 00
BIC: DUSSEDDXXX
Stichwort:
KinderschutzAmbulanz /
Kindernetzwerk

FREUNDE UND
FÖRDERER
EVANGELISCHES
KRANKENHAUS
DÜSSELDORF e.V.

