



## Spendenzusage / Einzugsermächtigung

Pflichtfeld\*

Name*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>
Geb.-Datum*	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ/Ort*	<input type="text"/>
Tel.-Nr. *	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

---

Spendenbetrag

Spendenzyklus

einmalig     monatlich     jährlich

---

Geldinstitut*	<input type="text"/>
Konto-Nr. *	<input type="text"/>
Konto-Inhaber *	<input type="text"/>
Bankleitzahl*	<input type="text"/>

---

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit erlaube ich der Leukämiehilfe Ostbayern e.V., oben genannten Betrag von meinem angegebenen Konto abzubuchen.

Datum, Unterschrift

Bitte ausfüllen und senden an:  
Leukämiehilfe Ostbayern e.V., Franz-Josef-Strauß-Allee 15, 93053 Regensburg; oder per FAX an: 0941/463788-99