



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*

Konto-Nr. *

Konto-Inhaber *

Bankleitzahl*

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<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