



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*

IBAN *

Konto-Inhaber *

| |
|----------------------|
| <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 E-Mail an info@leukaemiehilfe-ostbayern.de