

Ja, ich möchte kranken und sterbenden Menschen dauerhaft helfen und unterstützen die Hospiz Stiftung Krefeld durch

meine regelmäßige Spende von _____Euro

monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich jährlich

Bitte buchen Sie den Betrag erstmalig zum ____ / ____ (Monat/Jahr) von meinem Konto ab.

Name, Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Konto-Nr. _____ BLZ _____

Name der Bank _____

Datum/Unterschrift _____

Hospiz Am Blumenplatz
 Jägerstraße 84
 47798 Krefeld

Diese Einzugsermächtigung können Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Überweisung/ Zahlschein

Name und Sitz des überweisenden Kreditinstituts

Beginnigstiger: (max. 27 Stellen)

Hospiz Stiftung Krefeld

Konto-Nr. des Beginnigstigen

Bankklettzahl
 3 2 0 6 0 3 6 2



Hospiz Stiftung Krefeld

EUR

Spenden-/ Mitgliedsnummer oder Name des Spenders: (max. 27 Stellen)

Betrag: Euro, Cent

ggf. Střchwort

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen)

Kontoinhaber/ Einzahlter: Name, Vorname, Ort: (max. 27 Stellen)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

19

Beleg/Quittung für den Auftraggeber

Konto-Nr. des Auftraggebers _____

Empfänger Hospiz Stiftung Krefeld	bei _____
Konto-Nr. 5550	VB-Krefeld
_____ EUR	
SPENDE	
Auftraggeber/Einzahler	
Quittung des Kreditinstituts	

SPENDE

Danke für Ihre Spende!

Datum, Unterschrift

Bis 100 Euro gilt dieser Beleg als Zuwendungsbestätigung für das Finanzamt.