

Einzugsermächtigung

SAGE HOSPITAL



Der rückseitig angegebene Betrag soll von meinem Konto abgebucht werden.

Eine Spendenbescheinigung erhalte ich automatisch ab einem jährlichen Gesamtbetrag von mehr als 200€. Über den Jahresspendenbeitrag erhalte ich im folgenden Januar eine Spendenbescheinigung. Die Spendenbeiträge sind nach § 5 1/9 des Körperschaftssteuergesetzes steuerabzugsfähig. Es gilt als vereinbart, dass ich die Unterstützung jederzeit ohne Angabe von Gründen kündigen kann.

Kontoinhaber:

Kontonummer:

BLZ:

Bank:

IBAN:

BIC / Swift:

Unterschrift:



Kontakt:

SAGE Hospital e.V.

Brückenstrasse 1
10179 Berlin, Germany

Tel. +49 (0) 30.27 89 83 - 26

Fax. +49 (0) 30.27 89 83 - 20

info@sagehospital.de

Ich unterstütze den SAGE Hospital e.V. mit ...

SAGE HOSPITAL



monatlich: € 5,00 € 10,00 € 20,00 € 50,00 | anderer Betrag monatlich einmalig €

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Email:

Unterschrift:

Datum:

