

Spendenformular

Anrede: _____

Vorname: _____

Name: _____

Firma: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich spende

- 10 €
- 20 €
- 50 €
- 100 €
- sonstiger Betrag

Sonstiger Betrag: _____

Spendenzweck: _____

Kontonummer: _____

BLZ: _____

Einverständnis

- Ja, ich bin einverstanden, dass der Betrag per Lastschrift von meinem Konto abgebucht wird. Ich kann den Betrag innerhalb der gesetzlichen Frist von sechs Wochen zurückfordern. Bei Beträgen über 100 € erhalte ich automatisch nach Ablauf von sechs Wochen eine Spendenquittung.

Bescheinigung

- Ja, ich will eine Spendenquittung (bei Beträgen unter 100 €)

Spendenformular bitte an folgende Fax.Nr. senden:

Sozialdienst katholischer Frauen Mannheim e. V.

Fax: (0621) 120 80 - 80