

Förderer-Erklärung/Einzugsermächtigung

Ich möchte regelmäßig spenden und bin damit einverstanden, dass die STIFTUNG MICHAEL bis auf Widerruf den folgenden Betrag von meinem Konto abbucht:

€ monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Meine Bankverbindung:

IBAN: _____ BIC/SWIFT: _____

Name des Kreditinstituts/Ort: _____

Meine Anschrift:

Name: _____ Vorname: _____

Straße/Nr.: _____

Plz: _____ Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

STIFTUNG MICHAEL
Alsstraße 12
53227 Bonn

Tel.: +49 (0)228 - 94 55 45 40
Fax: +49 (0)228 - 94 55 45 42
E-Mail: post@stiftung-michael.de



STIFTUNG MICHAEL
eine Stiftung für Epilepsie