

Spenden- und Unterstützungserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Freundeskreis Historische Arztpraxis Dr. Böttger

Name, Vorname, ggf. Firma

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ich zahle jährlich/monatlich einen freiwilligen Beitrag
von EUR _____ per Lastschrift oder Überweisung an folgendes Konto:
Kulturverein Burgstädt e.V. Verwendungszweck: Historische Arztpraxis

Kreditinstitut:

IBAN:

- Ich bin damit einverstanden Infomails vom Verein zu erhalten.
 - Ich bin bereit, bei Arbeiten/Aktionen mitzuhelfen
 - Ich bitte um namentliche Erwähnung als Spender auf der Internetseite des
Freundeskreises
-

Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie, den o.g. Beitrag von meinem Konto abzubuchen.
Der Einzug des Jahresbeitrages erfolgt per sofort und danach
jährlich zum 01.02..

Kreditinstitut:

IBAN:

Datum, Unterschrift