

Ihre Spende für die Gesundheitsforschung

Hiermit spende ich

einmalig monatlich
vierteljährlich halbjährlich
jährlich

folgenden Betrag an den Verein "Freunde und Förderer der Gesundheitswissenschaften e. V.":

Ich bin damit

einverstanden
nicht einverstanden

dass bis auf Widerruf der o. g. Betrag von meinem Konto eingezogen wird.

Name:

Vorname:

geb.:

Titel:

Firma/Institution:

Bei jur. Person - Vertreter:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Bankverbindung für Teilnahme am Lastschriftverfahren:

Bankinstitut:

IBAN:

SWIFT=BIC:

Datum:

Unterschrift: