



ROLLING DOCTORS E.V.

Ja, ich helfe dem Kinderhilfswerk Rolling Doctors!

- ◇ Ich unterstütze die Rolling Doctors mit einer monatlichen Spende. Bitte buchen sie folgenden Betrag jeweils zum 15. von meinem Konto ab:

◇ 5 Euro ◇ 10 Euro ◇ 20 Euro ◇ _____ Euro

- ◇ Ich möchte mit einer einmaligen Spende von _____ Euro unterstützen.

Diese Spendenerklärung können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen. Damit Sie Ihre Spende steuerlich geltend machen können, schicken wir Ihnen automatisch am Anfang des Jahres eine Spendenbescheinigung zu.

Bitte buchen Sie den Betrag von diesem Konto ab:

Bank: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

- ◇ Ich möchte die Rolling Doctors mit einer Veranstaltung in meiner Gruppe/Gemeinde unterstützen (mit Mitwirkung der Rolling Doctors)

Meine Anschrift:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____