

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit möchte ich die „Praxis ohne Grenzen–Hamburg e.V.“ unterstützen:

1. als Förderer
  - mit 100,- € im Jahr
  - als Ehepaar mit 120,- € im Jahr
  - als Unternehmen mit 200,- € im Jahr
2.  mit einer einmaligen Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ €

**Bitte teilen Sie uns Ihre Kontaktdaten mit**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Überweisung auf das Konto der „Praxis ohne Grenzen–Hamburg e.V.“**

Kto-Nr 1001232816  
BLZ 20050550  
IBAN DE46 2005 0550 1001 2328 16  
BIC HASPDEHHXXX

*Der e.V. „Praxis ohne Grenzen–Hamburg e.V.“ ist als gemeinnützig anerkannt. Förderbeiträge und Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Auf Wunsch erhalten Sie eine Zuwendungsbescheinigung.*

---

(Ort/Datum und Unterschrift)