

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)