

Informationen zum Spender

Name	
Vorname	
PLZ Ort	
Institution/Firma	
Land	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Fax	
E-Mail	

Informationen zur Spende

Ich (wir) möchte(n) insgesamt _____ € spenden. Die Zahlung erfolgt
 einmalig monatlich vierteljährlich jährlich

Ich (wir) möchte(n) für diese Spende folgende Zahlungsmethode verwenden:
 Überweisung bar Scheck Kreditkarte andere Zahlungsmethode

Kreditkartentyp	
Kreditkartennummer	
Ablaufdatum	
Autorisierte Unterschrift	

Die Spende erfolgt durch _____
 (Firma/Familie/Stiftung)
 Formular ist beigelegt Formular wird weitergeleitet

Informationen zur Spendenbescheinigung

Bitte verwenden Sie für die Spendenbescheinigung folgenden Namen (falls abweichend vom Spender):

--

Ich (wir) möchte(n), dass die Spende anonym bleibt.

Unterschrift(en)
Datum

Bitte stellen Sie Schecks, Firmenspenden oder sonstige Spenden mit folgenden Angaben aus:

Deutsches Zentrum für MS im Kindes- und Jugendalter
 Universitätsmedizin Göttingen
 Robert-Koch-Str. 40
 37075 Göttingen