

SPENDENFORMULAR



Ich möchte die Hospizgruppe Aschaffenburg e.V.
durch eine Spende unterstützen:

Spendenhöhe (in €): _____

einmalige Spende

Dauerspende

Monatlich

Vierteljährlich

Jährlich

Name

Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon (für evtl. Rückfragen)

E-Mail

Kreditinstitut (Name)

DE ____ I ____ I ____ I ____ I ____ I ____
IBAN

____ I ____
BIC

Datum, Ort

Unterschrift

Unsere Informationen
zur Datenverarbeitung
finden Sie unter

[www.hospizgruppe-
aschaffenburg.de/
datenerfassung/](http://www.hospizgruppe-aschaffenburg.de/datenerfassung/)

