



Meine Unterstützung für den Potsdamer Klinikclowns e.V.

Ich möchte die Arbeit der Potsdamer Klinikclowns unterstützen durch

- eine Spende in Höhe von _____
- eine Fördermitgliedschaft (Jahresbeitrag mind. 45,00 €).

Name: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

- einmalig
 - regelmäßig jährlich halbjährlich vierteljährlich
- bis auf Widerruf ab _____ von meinem Konto einzuziehen.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die/den von mir/uns zu entrichtende Spende/ Jahresfördermitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten des

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Ich überweise den Betrag auf Ihr Konto

Potsdamer Klinikclowns e.V., Mittelbrandenburgische Sparkasse
IBAN: DE19160500001000977648, BIC: WELADED1PMB

Bitte senden sie mir über den obigen Betrag eine Spendenbescheinigung zu.

Ich bin damit einverstanden über Aktuelles und Informationen über den Potsdamer Klinikclowns e.V. per E-Mail informiert zu werden.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____

Bitte senden an:

Potsdamer Klinikclowns e.V.
c/o Nicola Streifler
Geschwister-Scholl-Straße 33a
14471 Potsdam