



Hilfe für kranke Kinder e.V.
c/o Kinderklinik Tübingen
Hoppe-Seyler-Straße 1

72076 Tübingen

Ja, ich möchte helfen und erteile hiermit jederzeit widerruflich die Erlaubnis, zu Lasten meines Kontos

Konto-Nr. _____ bei der

Bank _____

Bankleitzahl _____

einen Betrag von _____ €

als Spende

- einmalig
- monatlich jeweils zum _____

einanzuziehen

Name: _____

Vorname: _____

Firma: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Bemerkung: _____

Datum

Unterschrift