



PRÄVENTION DER NIKOTINSUCHT BEI
KINDERN UND JUGENDLICHEN IN HAMBURG
UND UMGEBUNG E.V.

SPENDE

HIERMIT ERKLÄRE ICH, DEN VEREIN „PRÄVENTION DER NIKOTINSUCHT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN IN HAMBURG UND UMGEBUNG E.V.“ MIT EINER EINMALIGEN SPENDE VON

€ _____ **ZU UNTERSTÜTZEN.**

Name Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon E-Mail

FÜLLEN SIE DAS FORMULAR BITTE AUS UND SCHICKEN SIE ES AN FOLGENDE ADRESSE:

Priv.-Doz. Dr. Eckart Laack
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

ODER SCHICKEN SIE UNS EIN FAX AN FOLGENDE NUMMER:

040/4 28 03 89 45

Für Ihre Spende erhalten Sie eine steuerwirksame Spendenbescheinigung. Um den Verwaltungsaufwand so gering wie möglich zu halten, erteilen Sie uns bitte eine jederzeit – ohne Angabe von Gründen – widerrufliche Einzugsermächtigung:

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Hiermit ermächtige ich den Verein „Prävention der Nikotinsucht bei Kindern und Jugendlichen in Hamburg und Umgebung e.V.“, folgenden Beitrag einzuziehen:

Spende € _____

Bankleitzahl Kontonummer

Kreditinstitut

Ort/Datum Unterschrift