



NATIONALES CENTRUM
FÜR TUMORERKRANKUNGEN
HEIDELBERG

getragen von:
Deutsches Krebsforschungszentrum
Universitätsklinikum Heidelberg
Thoraxklinik-Heidelberg
Deutsche Krebshilfe

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH • Röntgenstraße 1 • D-69126 Heidelberg

Spendenformular

Bitte senden Sie das Spendenformular zurück an die Thoraxklinik oder geben es einfach bei der Pforte ab:

Thoraxklinik-Heidelberg gGmbH
Frau Tompoulidou
Röntgenstr. 1
69126 Heidelberg

Tel: 06221-396-2762
Fax: 06221-396-2713
Aikaterini.Tompoulidou@med.uni-heidelberg.de

Vorname: _____

Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit erteile ich der Thoraxklinik-Heidelberg die Erlaubnis, meine Spende per Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Einzugsermächtigungen können Sie jederzeit kündigen.

Spendenbetrag: _____ € einmalig monatlich jährlich

Verwendungszweck Ihrer Spende: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Name der Bank: _____

Sitz der Bank: _____

SEPA Lastschriftmandat

Kreditinstitut (**BIC**)

DE _____
IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Spende!

Zum Spenden bitte das ausgefüllte Formular per Post oder Fax an o.g. Adresse senden oder geben Sie das Formular am Empfang ab.

Wir verwenden die erhobenen Daten ausschließlich zur Abwicklung der von Ihnen beauftragten Spende. Ihre Daten werden auf keinen Fall an Dritte weiter gegeben.