

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____
(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

E-Mail: (optional) _____

Ich möchte den unten angegebenen Betrag spenden.

- Bitte senden Sie mir eine steuerlich abzugsfähige Zuwendungsbestätigung.

Betrag in EURO (€): _____

Bankinstitut: _____

Bankleitzahl (BLZ): _____

Kontonummer: _____

Hiermit ermächtige ich Autoinflammation Network e. V. (ANEV) den oben genannten Betrag

- einmalig monatlich viertel-jährlich jährlich

von oben angegebenem Konto einzuziehen. Ich kann diese Einzugsermächtigung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich bei ANEV aufheben.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie das Spendenformular **im Original** an unsere oben stehende Postanschrift.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr ANEV-Team