Traumzeit e.V. Regensburg / Herzenswunsch-Aktionen für krebskranke Kinder

Spenden-Formular

SPENDENBETRAG: _____ €

Betrag in Worten: ……

Tag der Spende: ……

Spender-Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____
(Angaben zwecks Spendenquittung erforderlich)

Telefon / Email: ……..…...

Anlass/Ort der Spende: ……..…

……

……

……

……
Ort, Datum Unterschrift / Einzahler

O Bargeldspende Spendenquittung gewünscht ja O nein O
Veröffentlichung Homepage/Facebook o.ä. ja O nein O

O überweise ich / habe ich überwiesen auf das Konto der Sparkasse Regensburg
IBAN: DE 61 7505 0000 0026 8387 06, BIC: BYLADEM1RBG

O Ich unterstütze Traumzeit e.V. mit einer einmaligen / jährlichen Spende von _____ €

Formular bitte an: Traumzeit e.V. c/o Nadine Guggenberger, Am Gutshof 8, 93055 Regensburg