

„Gesundheitsfond“

Ich möchte einen Beitrag zu dem *Gesundheitsfonds* für die Kinder der Kwa Moyo Primary School leisten und zahle

einen Beitrag in Höhe von € pro Monat

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum _____

Mir ist bekannt, dass persönliche Daten für Vereinszwecke elektronisch gespeichert werden.

Ich richte einen Dauerauftrag ein und zahle meinen Beitrag

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Ort, Datum

Unterschrift