

Gesundheitsfonds

Ich möchte einen Beitrag zu dem Gesundheitsfonds für die Kinder der Kwa Moyo Primary School leisten und zahle einen jährlichen Beitrag in Höhe von _____ €.

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

Mir ist bekannt, dass persönliche Daten für Vereinszwecke elektronisch gespeichert werden. Datenschutz ist uns wichtig, Informationen dazu auf unserer Homepage.

O Ich richte einen Dauerauftrag ein und zahle meinen Beitrag

- jährlich
- halbjährlich
- vierteljährlich
- monatlich

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an: Christine Camara, Hartmannstr. 84, 91052 Erlangen
Oder senden Sie es per E-Mail an: ChristineCamara@kwa-moyo.de