

Gesundheitsfonds

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. Datenschutz ist uns wichtig, Informationen dazu auf unserer Homepage.

O Ich richte einen Dauerauftrag ein und zahle meinen Beitrag

- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an: Christine Camara, Hartmannstr. 84, 91052 Erlangen