

ICH MÖCHTE PARTNER OF STAR CARE NORDHESSEN WERDEN!

als Privatperson
als Unternehmen

Name	_____	Geschäftsadresse	
Vorname	_____	Straße, Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	PLZ/Ort	_____
Geburtsort/-land	_____	Telefon	_____
		Mobiltelefon	_____
Bank	_____	E-Mail	_____
IBAN	_____	Privatadresse	
BIC	_____	Straße, Nr.	_____
		PLZ/Ort	_____
		Telefon	_____

Ja, ich möchte den Förderverein STAR CARE Nordhessen e.V. – Wir helfen Kindern als „Partner of STAR CARE Nordhessen“ mit einer jährlichen Spende unterstützen! Die Spende beträgt für Privatpersonen EUR 50/Jahr, für Unternehmen EUR 1.500/Jahr (mind.).

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller _____

Ich bin damit einverstanden, dass die jährliche Spende von meinem Konto per Einzugsermächtigung belastet wird.

Ich möchte meine Spende lieber überweisen auf das Spendenkonto:

STAR CARE Nordhessen e.V., Kasseler Sparkasse, IBAN: DE76520503530243243242, BIC: HELADEF1KAS

Ort, Datum, Unterschrift Antragsteller _____

Auszufüllen von STAR CARE Nordhessen

aufgenommen: _____

Ort, Datum, Unterschrift Vereinsvorstand _____

Ort, Datum, Unterschrift Schriftführer _____