

Überweisungsauftrag/ Zahlschein

Benutzen Sie bitte diesen Vordruck für die Überweisung des Betrages von Ihrem Konto oder zur Bareinzahlung. Den Vordruck bitte nicht beschädigen, knicken, bestempeln oder beschmutzen.

(Name und Sitz des beauftragten Kreditinstituts)

(Bankleitzahl)

Empfänger: (max. 27 Stellen)

Forschungsinstitut Kinderkrebs-Zentrum Hamburg gGmbH

Konto-Nr. des Empfängers

4154126001

Bankleitzahl

20090700



EUR

Betrag

Name des Spenders: (max. 27 Stellen)

ggf. Stichwort

PLZ und Straße des Spenders: (max. 27 Stellen)

Kontoinhaber/Einzahler: Name, Ort (max. 27 Stellen)

Konto-Nr. des Kontoinhabers

19

SPENDE

Bitte geben Sie für die Spendenbestätigung Ihren Namen und Ihre Anschrift an.

Datum

Unterschrift