



## Förderverein Freunde der Fachklinik Haus Immanuel e.V.

### Spendenzusage

Ich möchte Pate\*in vom Sternstunden Kinderneest der  
DGD Fachklinik Haus Immanuel werden und erkläre hiermit  
meine Unterstützung durch eine

- ☐ **einmalige**
- ☐ **monatliche**
- ☐ **jährliche**

Spende in Höhe von:

- |                                      |                                        |
|--------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="radio"/> <b>10 EUR</b>  | <input type="radio"/> <b>200 EUR</b>   |
| <input type="radio"/> <b>20 EUR</b>  | <input type="radio"/> <b>500 EUR</b>   |
| <input type="radio"/> <b>50 EUR</b>  | <input type="radio"/> <b>1.000 EUR</b> |
| <input type="radio"/> <b>100 EUR</b> | <input type="radio"/> <b>_____ EUR</b> |

beginnend im Monat/Jahr \_\_\_\_\_.

- ☐ Ich überweise den Betrag auf das u.a. Konto des Fördervereins.
- ☐ Ich ermächtige den Verein „Freunde der Fachklinik Haus Immanuel e.V.“ widerruflich, den Spendenbetrag zum o.g. Datum zu Lasten meine Girokontos:

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

mittels Lastschrift einzuziehen.

- ☐ Ich bitte um Zusendung einer Spendenquittung.

***Bitte wenden!***

---

Name, Vorname

Adresse

---

Datum

Unterschrift

**Bitte ausfüllen, abgeben oder zurückschicken an:**

Förderverein

„Freunde der Fachklinik Haus Immanuel e.V.“

Hutschdorf 46, 95349 Thurnau

Tel.: 09228 / 99 68-0, Fax 09228 / 99 68-99

info@freunde-haus-immanuel.de

www.freunde-haus-immanuel.de

**Spendenkonto:**

Freunde der Fachklinik Haus Immanuel

VR Bank Oberfranken-Mitte

IBAN: DE13 7719 0000 0001 4169 44

BIC: GENODEF1KU1

