



Bitte füllen Sie folgendes Formular aus
und faxen Sie es an 0511/8115-1060.

**Ich möchte die Hannoversche Kinderheilstalt mit
einer Spende unterstützen:**

Ich spende einmalig monatlich halbjährlich jährlich

einen Betrag von € _____

beginnend ab dem: _____

Meine Konto-Nr.: _____

Meine Bankverbindung: _____ BLZ: _____

Welches Projekt der Hannoverschen Kinderheilstalt möchten
Sie mit Ihrer Spende unterstützen: _____

Name Datum

Straße Ort

Unterschrift

