



KINDER
PALLIATIVZENTRUM
Göttingen

Spendenformular

Informationen zum Spender

Name, Vorname	
Adresse	
Institution/Firma	
Land	
Telefon	
E-Mail	

Informationen zur Spende

Göttinger Schmerz- und Palliativverein e.V.
Sparkasse Göttingen
IBAN: DE08 260 500 01 00560 10937
BIC: NOLADE21GOE
Verwendungszweck: Kinderpalliativmedizin

Ich (wir) möchte(n) insgesamt _____ € spenden. Die Zahlung erfolgt
 einmalig monatlich vierteljährlich jährlich

Ich (wir) möchte(n) für diese Spende folgende Zahlungsmethode verwenden: Überweisung bar

Die Spende erfolgt durch _____ (Firma/Familie/Stiftung)

Informationen zur Spendenbescheinigung

Bitte verwenden Sie für die Spendenbescheinigung folgenden Namen (falls abweichend vom Spender):

Ich (wir) möchte(n), dass die Spende anonym bleibt.

Unterschrift(en)

Datum

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular per email an kinderpalliativmedizin@med.uni-goettingen.de oder per Post an:

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderpalliativmedizin
z.H. Frau E. Rink
Robert-Koch-Strasse 40
37075 Göttingen