



Aktion "Helfen und Spenden"

Städtisches Klinikum Karlsruhe

Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe

Ansprechpartner*innen

Telefon: 0721 974-1015

E-Mail: spenden@klinikum-karlsruhe.de

Gläubiger-ID-Nr. DE46SKK00000780282

Anrede, Titel:

Vorname, Name

Straße/Nr.:

Postleitzahl/Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Bitte buchen Sie folgenden Betrag von meinem/unseren Konto ab:

Betrag in Euro

Ja, ich/wir möchte(n) die Arbeit des Städtischen Klinikums Karlsruhe unterstützen und erteile Ihnen hierzu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat:

einmalig

monatlich

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

Kontodaten

Kontoinhaber IBAN-Nr.

nur bei abweichendem Namen

Kreditinstitut

IBAN-Nr.

SWIFT-BIC

Vermerk Spende

Spendenzweck

Ich/wir möchte(n) spenden für (bitte nur ein Feld ankreuzen):

allgemeine gemeinnützige Projekte des Städtischen Klinikums

gemeinnützige Projekte im Bereich der Kinderklinik inkl. Kinderchirurgie

gemeinnützige Projekte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

gemeinnützige Projekte im Bereich der neuen Medizinischen Verfahren

Bauen im Klinikum

andere gemeinnützige Zwecke

Ich benötige eine Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung).

Datum:

Unterschrift:

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH über den Einzug in dieser Verfahrensart sowie über die Mandatsreferenz informieren.