

ACHSE e.V.
c/o DRK Kliniken-Westend
Spandauer Damm 130
14050 Berlin

Ja, ich möchte die Arbeit der ACHSE unterstützen!
Deshalb erlaube ich ACHSE e.V.,

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ / Ort _____

Konto: _____
BLZ: _____
Bank: _____

<input type="checkbox"/> EUR 15.-	<input type="checkbox"/> einmalig
<input type="checkbox"/> EUR 50.-	<input type="checkbox"/> monatlich
<input type="checkbox"/> EUR 100.-	<input type="checkbox"/> vierteljährig
<input type="checkbox"/> EUR 200.-	<input type="checkbox"/> halbjährig
<input type="checkbox"/> EUR _____	<input type="checkbox"/> jährlich

von meinem Konto abzubuchen.

Garantie: Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen!

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie die ausgefüllte Einzugsermächtigung per Post an die oben angegebene Adresse, oder per Fax an: 01805-898904, oder per Email an: Spenden@achse-online.de