



Einzugsermächtigung

Ja, ich/wir möchte(n) die Arbeit der Kliniken Essen-Mitte unterstützen:

Absender: Spender-Nr. _____ (falls bekannt)

Anrede, Titel: _____

Vorname, Name:* _____

Straße, Nr.* _____

PLZ, Ort* _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Bitte buchen Sie einmalig vierteljährlich monatlich halbjährlich jährlich

folgenden Betrag von meinem/unserem Konto ab:

Betrag: _____ , _____ Euro

Konto-Inhaber*: _____ (nur bei abweichendem Namen)

Kontonummer*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kreditinstitut*: _____

Bankleitzahl*:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stichwort: _____ Spende

Anlass-Spende, z.B. Jubiläum, Trauerfall

Die Spende soll verwandt werden für* (bitte nur ein Feld ankreuzen)

- für die allgemeinen Projekte der Kliniken Essen-Mitte
- für die Onkologie
- für die Palliativ-Station
- für die Urologie
- für die Gynäkologie
- für die Anästhesie
- für die Psychiatrie
- für die Naturheilkunde
- für die Radiologie
- für die Mund, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- für die Chirurgie
- für die Innere Medizin
- für die Pneumologie
- für die Geriatrie

Ihre Spende wird per Lastschriftverfahren von Ihrem Konto abgebucht. Sie können diese Spende innerhalb von 6 Wochen bei Ihrer Bank widerrufen. In diesem Fall buchen wir den Spendenbetrag zurück auf Ihr Konto.

Ich benötige keine Zuwendungsbescheinigung

Bei den mit * gekennzeichnete Felder handelt es sich um unbedingt auszufüllende Pflichtfelder.

Ort, Datum

Unterschrift