

Rückmeldung

Bitte ausdrucken und im Fensterumschlag oder per Fax (**03327 - 56670**) an uns versenden.

Unterstützungsfonds
Drogentherapiezentrum SNAMENKA e.V.
Jacob-v. Gundling-Str.. 1
14469 Potsdam

Ich bin an regelmäßigen Informationen über die Entwicklung des Drogentherapiezentrums Snamenka interessiert:

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____ Fax _____

E-Mail _____

Ich möchte die Arbeit des Unterstützungsfonds Drogentherapiezentrum SNAMENKA e.V. finanziell unterstützen.

durch Spenden

durch Fördermitgliedschaft

(Mindestbeitrag 5 EUR pro Monat – freiwillige höhere Beiträge sind sehr willkommen)

durch Mitgliedschaft

(Mindestbeitrag 2 EUR pro Monat - freiwillige höhere Beiträge sind sehr willkommen)

Aus Gründen der Arbeitserleichterung wären wir Ihnen sehr verbunden, wenn wir die von Ihnen bestimmten Beträge von Ihrem Konto im Einzugsverfahren abbuchen dürften. Eine Kündigung ist jederzeit – auch telefonisch bei uns – möglich.

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der Unterstützungsfonds Drogentherapiezentrum SNAMENKA e.V. bis auf Widerruf.

monatlich : ___ / -1/4 jährl ___ / -1/2 jährl ___ /-jährl _____

meine Spende in Höhe von _____ EUR

mein Förderbeitrag in Höhe von _____ EUR

meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ EUR

von nachstehendem Konto abbucht.

Name des Kontoinhabers: _____

Konto Nr: _____ **BLZ** _____

Bank: _____

Ich bezahle selbst durch Dauerauftrag.

Ort, Datum

Unterschrift