

Rückmeldung

Bitte ausdrucken und im Fensterumschlag oder per Fax (0331 / 24 36 749) versenden. Diesen Weg wählen wir um einem Datenmissbrauch via Internet vorzubeugen.

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 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
- 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