

# Verein der Freunde des Regio Klinikums Pinneberg e.V.

## Spendenerklärung

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon privat

\_\_\_\_\_  
Telefon dienstlich

\_\_\_\_\_  
E-Mail

### Per Überweisung

Ich möchte den Verein der Freunde des Regio Klinikums Pinneberg e.V. durch eine Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ € unterstützen und überweise diesen Betrag auf folgendes Konto:

**IBAN: DE61 2219 1405 0050 5000 60, BIC: GENODEF1PIN,  
VR Bank Pinneberg**

### Per SEPA- Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Verein der Freunde des Regio Klinikums Pinneberg e.V. einmalig eine Spende in Höhe von \_\_\_\_\_ € von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift abzubuchen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers: DE46ZZZ00001525533**

Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Name des Geldinstitutes

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ausgefüllten Antrag bitte per Post senden an:

Verein der Freunde des Regioklinikums Pinneberg e.V.  
Maren Schwartz  
Plantenkamp 19  
25462 Rellingen

Oder per Mail an [info@foerderverein-klinikum.de](mailto:info@foerderverein-klinikum.de)