



Spendenerklärung

Titel:	_____
Name:	_____
Vorname:	_____, geb. am _____
Straße:	_____ Nr.: _____
PLZ:	_____ Ort: _____
Tel. privat:	_____ Tel. dienstlich: _____
Fax:	_____

Ich / Wir unterstütze(n)

- die Vorhaben des Fördervereins des Zentrums für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde gemäß der Vereinssatzung
- die folgende Aktivität: _____

mit

- einer Geldspende in Höhe von € _____.
- einer Sachspende im handelsüblichen Gegenwert in Höhe von € _____.
(bitte geben Sie den Wert **ohne MwSt.** an)

Senden Sie bitte die steuerlich abzugsfähige Spendenbescheinigung nach Zahlungseingang auf das Konto des Fördervereins an

- die obige Adresse.
- die folgende Adresse:

Ich bin mit der Speicherung meiner persönlichen Daten durch den Förderverein des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e.V. in Zusammenhang mit dieser Spende einverstanden.

Ort

Datum

Unterschrift

(Zutreffendes bitte ankreuzen)