

Absender:

Mein Kind besucht die Klasse ____ der MBS.

Name

Vorname

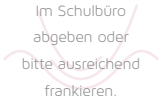
Straße

PLZ / Ort

Telefon

eMail

Datum / Unterschrift



Im Schulbüro
abgeben oder
bitte ausreichend
frankieren.

Empfänger:

Michael Bauer Therapiefonds e.V.

Othellostr. 5

70563 Stuttgart

Unterstützen Sie den Michael Bauer Therapiefonds e.V.

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im Michael Bauer Therapiefonds e.V. werden.

Der Mitgliedsbeitrag von € _____
kann jährlich von nachfolgendem Konto
abgebucht werden. (mind. 36€/Jahr)

Kontoinhaber

Bank

IBAN

Einzugsermächtigung wird hiermit erteilt.
Sie ist jederzeit widerruflich.

Ort, Datum

Unterschrift

Spende

Ja, ich unterstütze den Michael Bauer Therapiefonds e.V. mit einer Spende in Höhe von € _____.
Eine Spendenbescheinigung schicken wir Ihnen zu.

Bankverbindung:

BW Bank Stuttgart

IBAN: DE03 6005 0101 0006 4041 36

BIC: SOLADEST600



MICHAEL BAUER THERAPIEFONDS E.V.