

KMFV München e.V.
Postfach 151240
80047 München

Ich will helfen !

Drucken Sie dieses Formular und senden Sie es an die oben genannte Adresse oder per Fax an die Nummer 089/ 514 18-11

Ich möchte helfen und spende einmalig _____ €

Meine Spende soll verwendet werden für

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KMFV allgemein | <input type="checkbox"/> Suchtkranke |
| <input type="checkbox"/> wohnungslose Menschen | <input type="checkbox"/> Straffällige und Strafentlassene |
| <input type="checkbox"/> arbeitslose Menschen | |

Bitte buchen Sie den Betrag am _____ (Monat/Jahr) von meinem Konto ab

Wenn Sie dauerhaft spenden wollen, möchten wir Sie bitten bei Ihrer Bank einen Dauerauftrag einzurichten.

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Name der Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Datum, Unterschrift _____