



DSAKU

Deutschsprachige Selbsthilfegruppe für Alkaptonurie

Ja, ich möchte die Deutschsprachige Selbsthilfegruppe für Alkaptonurie (DSAKU) gerne bei ihrer Arbeit unterstützen!

Hiermit ermächtige ich:

Name: _____

Anschrift: _____

die: Deutschsprachige Selbsthilfegruppe

für Alkaptonurie e.V.

Traubenstr. 14

70176 Stuttgart

Deutschland

Zahlungsweise:

- einmalig
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

erstmals ab: _____

Förderbetrag: _____

Kontoinhaber: _____

Anschrift: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

BLZ: _____

Kontonr: _____

einziehen. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

_____, den _____

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Bitte schicken Sie Ihre Einzugsermächtigung an:

Deutschsprachige Selbsthilfegruppe für Alkaptonurie e.V., z.H. Frau Dr. Leona Wagner,
Traubenstr. 14, D-70176 Stuttgart

Deutschsprachige Selbsthilfegruppe für Alkaptonurie (DSAKU) e. V.

Sitz: Gochsheim, VR 200401, Amtsgericht Schweinfurt

Kontonummer:

7116187

Bankleitzahl:

79069010

Bank:

VR-Bank Schweinfurt eG

IBAN:

DE20790690100007116187

BIC:

GENODEF1ATE