

Formular bitte senden an:

**ARCHEMED** - Ärzte für Kinder in Not e. V.

Geschäftsstelle

Hauptstr. 15, 59519 Möhnesee

Telefon: +49 (2924) 2252

Fax: +49 (2924) 8515013

Mail: [info@archemed.org](mailto:info@archemed.org)



**Die Projekte von ARCHEMED unterstütze ich durch**

eine  einmalige  monatliche  vierteljährliche

**Spende in Höhe von**  **Euro.**

**Die Zahlung soll wie folgt vereinbart werden:**

Den Spendenbetrag werde ich überweisen.

Ich werde meiner Bank einen Dauerauftrag erteilen.

Empf. ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e. V

Bank Sparkasse Soest

BIC/SWIFT WELADED1SOS

IBAN DE63 4145 0075 0000 0882 03

Den Spendenbetrag bitte per Bankeinzug -bis auf Widerruf- von meinem Konto abbuchen.

Kto.-Inh.

Bank

BIC/SWIFT

IBAN

**Die Spendenquittung bitte an nachfolgende Adresse senden.**

Anrede/Titel

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

*Die Erlaubnis zur Abbuchung von Dauerspenden kann jederzeit ohne Einhaltung von Fristen widerrufen werden.*