



## SPENDE

Anrede, Titel:

Vorname, Name:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Bitte buchen Sie folgenden Betrag von meinem/unserem Konto ab:

Betrag in Euro

Ja, ich/wir möchte/n das Jüdische Krankenhaus Berlin unterstützen und erteilen hierzu ein SEPA-Lastschriftmandat:

einmalig

monatlich

vierteljährig

halbjährlich

jährlich

### Kontodaten

Kontoinhaber:

IBAN:

Kredit-Institut:

SWIFT-BIC:

Verwendungszweck

Ich benötige eine Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Vor dem ersten Einzug wird mich die Stiftung Jüdisches Krankenhaus Berlin über den Einzug in dieser Verfahrensart sowie über die Mandatsreferenz informieren.

Vorstand, Tel.: 030-4994-2215, Fax: 030-4924362, E-Mail: [vorstand@jkb-online.de](mailto:vorstand@jkb-online.de)



Stiftung vertreten durch Dipl. - Ök. Brit Ismer	Heinz-Galinski-Straße 1, 13347 Berlin Tel. 030.49 94.0   Fax 030.492 43 62 E-Mail <a href="mailto:vorstand@jkb-online.de">vorstand@jkb-online.de</a>	Steuer-Nr. USt-IDNr.	27/641/02548 DE136725623	Commerzbank / BIC COBADEFFXXX IBAN DE28100400000708099700 BLZ 100 400 00 / Kto. 708 099 700
----------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------	-----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------