

ICH MÖCHTE **HELFE**N

- Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Antisepsis Stiftung eine **einmalige** Spende in Höhe von _____ EUR von meinem Konto per Lastschrift einzieht.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Deutsche Antisepsis Stiftung bis auf Widerruf eine **jährliche** Spende in Höhe von _____ EUR von meinem Konto per Lastschrift einzieht.

Meine Bankverbindung lautet wie folgt:

Kontoinhaber


Kreditinstitut

BLZ

Kto-Nr.

Ort/Datum

Unterschrift



Die Deutsche Antisepsis Stiftung ist gemeinnützig!
Spenden können steuerlich berücksichtigt werden.
Steuer-Nr. 143/235/10149

DEUTSCHE ANTISEPSIS STIFTUNG 

Firma

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

E-Mail

Bitte
ausreichend
frankieren!

ANTWORT

DEUTSCHE ANTISEPSIS STIFTUNG

Prof. Dr. med. Eugen Faist
Klinikum der LMU München
Chirurgische Klinik und Poliklinik
Marchioninistraße 15

81377 München