STARCARE

wir helfen kindern

Ich möchte »Partner of STAR CARE« werden!

☐ als Privatperson
☐ als Unternehmen

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Geburtsort/-land _____

Geschäftsadresse:
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Mobiltelefon _____
E-Mail _____

Privatadresse: _____
Straße, Nr. _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____

☐ Ja, ich möchte den Förderverein STAR CARE e.V. »Partner of STAR CARE« mit einer jährlichen Spende unterstützen! Die Spende beträgt für Privatpersonen EUR 50/Jahr, für Unternehmen EUR 1.500 EUR/Jahr (mind.).

Ort, Datum, Unterschrift
Antragsteller _____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die jährliche Spende von meinem Konto per Einzugsermächtigung belastet wird.

Bankverbindung:
Bank _____
IBAN BIC _____
_____

Ort, Datum, Unterschrift
Einzugsermächtigung _____

Bitte senden Sie den Antrag an STARCARE e. V., Geschäftsstelle, Grefstraße 20, 70499 Stuttgart.

Förderverein STARCARE e. V.
Grefstraße 20, 70499 Stuttgart • Telefon 0711 831744 • Telefax 0711 88776764 • info@STARCARE.de • www.STARCARE.de