



Hamburger Blindenstiftung
Bullenkoppel 17

22047 Hamburg

Ja, ich möchte die Arbeit der Hamburger Blindenstiftung unterstützen.

Ich spende _____ €

- monatlich vierteljährlich
 halbjährlich jährlich einmalig

- Bitte ziehen Sie den von mir zu zahlenden Betrag von meinem Konto ein. Ich erteile Ihnen hiermit die Einzugsermächtigung, die ich jederzeit widerrufen kann:

Vor- und Zuname / ggf. Firma / Organisation

Geburtsdatum (freiwillig)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Kontonummer

Bankleitzahl

Geldinstitut

Ort; Datum

Unterschrift

----- **oder** -----

- Ich überweise den Betrag auf das Spendenkonto:

Empfänger: Hamburger Blindenstiftung
Bank: Hamburger Sparkasse
Kto-Nr.: 1201 122 734 BLZ: 200 505 50

Ihre Spende ist steuerlich abzugsfähig. Sobald Ihre Spende bei uns eingegangen ist, erhalten Sie von uns eine Zuwendungsbestätigung. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.