



Ja, ich interessiere mich für konkrete Spendenprojekte und möchte helfen.

Ja ich möchte gern helfen und gestatte hiermit dem „Verein der Freunde und Förderer der Schule für Geistigbehinderte Wernigerode e. V.“

einmalig monatlich und widerruflich jährlich und widerruflich

Euro _____ von meinem Konto einzuziehen.

Kreditinstitut	
BLZ	Kontonummer
Name, Vorname	
Straße	PLZ, Ort
Datum	Unterschrift

Ja, hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im „Verein der Freunde und Förderer der Schule für Geistigbehinderte Wernigerode e. V.“ und erkenne die Satzung und die Beitragsordnung an.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse zurück:

Verein der Freunde und Förderer der
Schule für Geistigbehinderte Wernigerode e. V.
Walter- Rathenau- Straße 15
38855 Wernigerode