

**Sie können spenden und/oder Mitglied
im Gesundheitsladen Bielefeld e.V. werden.**

Bitte füllen Sie beide Seiten des Abschnitts
aus und senden Sie uns den Abschnitt zu.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____
Datum _____
Unterschrift _____

An den
Gesundheitsladen Bielefeld e.V.
Breite Straße 8
33602 Bielefeld

Der Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

finanziert seine Arbeit aus Projektmitteln,
Mitgliedsbeiträgen und Spenden. Sie können
uns dabei unterstützen! Bitte füllen Sie beide
Seiten des Abschnitts aus und senden Sie
uns den Abschnitt zu.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

☐ Ich unterstütze den Gesundheitsladen
Bielefeld e.V. und die PatientInnenstelle
durch eine **Spende** in Höhe von
_____ € auf das Konto Nr. 74 006 651
bei der Sparkasse Bielefeld BLZ 480 501 61
(inkl. Spendenquittung).

☐ Ich will **aktives Mitglied** im Gesundheits-
laden Bielefeld e.V. werden und zahle jährlich
_____ € (mind. 30,-€ Mitgliedsbeitrag)

☐ Ich möchte weiteres **Informationsmaterial**
zum Gesundheitsladen Bielefeld e.V.

☐ Ich bin mit der vierteljährlichen
Abbuchung von meinem Konto einverstanden.

Bank _____
Konto _____
BLZ _____

Alle Beträge können steuerlich geltend
gemacht werden, da der Gesundheitsladen
Bielefeld e.V. als gemeinnützig anerkannt
ist. Steuer-Nr. 305/73/0017, FA Bielefeld.