

Gemeinsam für mehr Gesundheit in Lippe.

An die
Gesundheitsstiftung Lippe
Felix-Fechenbach-Straße 5
32756 Detmold

Förderkreis der Gesundheitsstiftung Lippe

Ich/Wir möchte/n zum Förderkreis der Gesundheitsstiftung Lippe gehören:

Vorname
Name
Firma/Institution
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort
E-Mail

Folgenden Betrag möchte/n ich/wir zustiften:

- 2,00 EUR/Monat (24,00 EUR/Jahr)
- 5,00 EUR/Monat (60,00 EUR/Jahr)
- 10,00 EUR/Monat (120,00 EUR/Jahr)
- 25,00 EUR/Monat (300,00 EUR/Jahr)
- _____ EUR/Monat (jährliche Abbuchung)

**Jeder Euro, den Sie
stiften, wird durch den
Kreis Lippe verdoppelt!**



Um die Kostenbelastung für die Stiftung möglichst gering zu halten, bin ich einverstanden, dass meine Zustiftungen jährlich per Einzugsermächtigung vom unten genannten Konto abgebucht werden.

Kontonummer	Kreditinstitut	Bankleitzahl
-------------	----------------	--------------

Ort, Datum

Unterschrift

**Stiftung
macht's möglich**