

# Förderkreis der Gesundheitsstiftung Lippe

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

---

Vorname, Name

---

Firma / Institution

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

E-Mail

als privates Mitglied       als Unternehmen/Institution

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

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Folgenden Betrag möchte/n ich /wir zustiften:

- 5,00 € / Monat (gesamt 60,00 € / Jahr)
- 10,00 € / Monat (gesamt 120,00 € / Jahr)
- 25,00 € / Monat (gesamt 300,00 € / Jahr)
- \_\_\_\_\_ € / Monat (jährliche Abbuchung)

**Bitte senden Sie dieses Formular an folgende Adresse:**

Gesundheitsstiftung Lippe

Röntgenstraße 18 | 32756 Detmold

Fax 05231 72-5095 | [info@gesundheitsstiftung-lippe.de](mailto:info@gesundheitsstiftung-lippe.de)