



## Aktion "Helfen und Spenden"

### Städtisches Klinikum Karlsruhe

Moltkestraße 90  
76133 Karlsruhe

### Ansprechpartner\*innen

Telefon: 0721 974-1015  
E-Mail: spenden@klinikum-karlsruhe.de  
Gläubiger-ID-Nr. DE46SKK00000780282

Anrede, Titel:	
Vorname, Name:	
Straße/Nr.:	
Postleitzahl/Wohnort	

Bitte buchen Sie folgenden Betrag von meinem/unseren Konto ab:

Betrag in Euro  Ja, ich/wir möchte(n) die Arbeit des Städtischen Klinikums Karlsruhe unterstützen und erteile Ihnen hierzu ein SEPA-Basis-Lastschriftmandat:

einmalig     monatlich     vierteljährlich     halbjährlich     jährlich

### Kontodaten

Kontoinhaber		(nur bei abweichendem Namen)
Kreditinstitut		
IBAN-Nr.		
SWIFT-BIC		

**Vermerk Spende**

### Spendenzweck

Ich/wir möchte(n) spenden für (bitte nur ein Feld ankreuzen):

- allgemeine gemeinnützige Projekte des Städtischen Klinikums
- gemeinnützige Projekte im Bereich der Kinderklinik inkl. Kinderchirurgie
- gemeinnützige Projekte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- gemeinnützige Projekte im Bereich der neuen Medizinischen Verfahren
- Bauen im Klinikum
- andere gemeinnützige Zwecke
- Ich benötige eine Zuwendungsbestätigung (Spendenbescheinigung).

**Datum:**       **Unterschrift:**

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH über den Einzug in dieser Verfahrensart sowie über die Mandatsreferenz informieren.