

## Ich möchte »Partner of STAR CARE« werden!

- als Privatperson  
 als Unternehmen

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort/-land \_\_\_\_\_

**Geschäftsadresse:**

Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Privatadresse:**

Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

- Ja, ich möchte den Förderverein STAR CARE e.V. »Partner of STAR CARE« mit einer jährlichen  
Spende unterstützen! Die Spende beträgt für Privatpersonen EUR 50/Jahr, für Unternehmen  
EUR 1.500 EUR/Jahr (mind.).

Ort, Datum, Unterschrift  
Antragsteller

\_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass die jährliche Spende von meinem Konto  
per Einzugsermächtigung belastet wird.

**Bankverbindung:**

Bank \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift  
Einzugsermächtigung

\_\_\_\_\_