Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Anforderung Spendenquittung

Bitte stellen Sie eine Spendenquittung aus für: Datum:_____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Einzahler
(falls abweichend von o.g. Daten): _____

Einzahlungsdatum: _____

Kontakt
(im Fall von Fragen,Telefon od. Email): _____

Spendenbetrag: _____

Patient: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Universitätsmedizin Rostock
Zentrum für Innere Medizin
Klinik III Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin
Ernst-Heydemann-Straße 6
18057 Rostock

Fax: 0381/494-7422

Email: *palliativ@med.uni-rostock.de*

Telefon: 0381/494-7421