

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

