

Patenschaft

Name Patientier: _____

Anrede: _____

Name / Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Foto: Foto mit Rahmen (muss abgeholt werden)
 Foto ohne Rahmen
 Kein Foto

Zahlungsart: Bar
 Karte
 Einzahlungsschein

Bezahlung: einmalige Zahlung
 monatlich

Bemerkung: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____