

Antwortfax · E-Mail

+49 (0)30-33 02 10 38 · hartmann.medienkontor@gmail.com

Jubiläumsgala

Chaim Sheba Medical Center Tel Hashomer
Montag, 8. Oktober 2018, 18.30 Uhr
Schloss Bellevue Berlin

- Ich nehme gerne teil und komme mit _____ Personen.
- Den Kostenbeitrag in Höhe von € 500,00 pro Person überweise ich.
- Ich unterstütze das Chaim Sheba Medical Center mit einer Spende von € _____.
- Leider kann ich nicht teilnehmen, unterstütze aber gerne das Chaim Sheba Medical Center mit einer Spende von € _____.

Bankverbindung: Förderverein der Freunde des Chaim Sheba Medical Center Tel Hashomer e.V.

Deutsche Bank AG · IBAN: DE30 1007 0848 0526 7893 00 · BIC (SWIFT): DEUT DE DB110

Spendenquittungen sind steuerabzugsfähig. Aus Sicherheitsgründen bitten wir die Teilnehmer ihren genauen Namen, Vornamen, Anschrift und Telefonnummer sowie Geburtstag und Geburtsort unbedingt zu vermerken. Lichtbildausweis ist am Veranstaltungsabend vorzulegen.

1. Person

Name	Vorname
Straße	Ort
Phone	E-Mail
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Geburtsort

2. Person

Name	Vorname
Straße	Ort
Phone	E-Mail
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)	Geburtsort

Um Antwort wird gebeten bis spätestens 26. September 2018

Die von Ihnen erbetenen Daten sind zur Einlasskontrolle erforderlich; sie werden nur zu diesem Zweck verwandt.