

## Sachspendenformular **ÄRZTE HELFEN e.V.**



**ÄRZTE HELFEN e.V.**

Folgende Gegenstände sind in der Sachspende enthalten:

1.	_____	Anzahl: _____
2.	_____	Anzahl: _____
3.	_____	Anzahl: _____
4.	_____	Anzahl: _____
5.	_____	Anzahl: _____
6.	_____	Anzahl: _____
7.	_____	Anzahl: _____
8.	_____	Anzahl: _____

Die Sachspende hat einen Zeitwert von..... €. (Der Wert der Sachspende bemisst sich aus dem aktuellen Verkehrswert.)

### Daten des Spenders

Institution: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- Ja, ich möchte weiterhin Informationen zu **ÄRZTE HELFEN e.V.** erhalten und bin mit einer diesbezüglichen Verwendung meiner Daten einverstanden.
- Ja, ich benötige für die von mir geleistete Sachspende eine Spendenquittung.
- Ich bin an einer Mitgliedschaft interessiert. Bitte senden Sie mir entsprechende Unterlagen zu.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und übergebe die oben aufgelisteten Gegenstände in das Eigentum von **ÄRZTE HELFEN e.V.**

Ort/ Datum

Unterschrift und Stempel des Spenders