



## **BRÜCKE DER FREUNDSCHAFT e.V.**

- gemeinsam wollen wir die Welt etwas nach vorne bringen -

*Machen Sie doch einfach mit!*

**Ja ich möchte mich an der Arbeit der BRÜCKE DER  
FREUNDSCHAFT e.V. beteiligen und zwar am CDS-  
Projekt, der Finanzierung einer permanenten Arztstelle  
am Großen Hospital von Chilonga, Zambia**

Ich möchte mich am *CDS-Projekt* der BRÜCKE beteiligen.

**Ich beteilige mich mit einem Betrag von ..... EURO  
monatl./viertelj./halbj./einmal im Jahr**

Ich bin damit einverstanden, dass der fällige Betrag mittels Lastschriften von  
meinem Konto eingezogen wird.

.....  
Name und Adresse

.....  
Bankverbindung

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Das Vertragsverhältnis kann jederzeit aufgehoben und die Einzugsermächtigung  
widerrufen werden. Erforderlich ist die schriftliche Form an den Vorstand der  
BRÜCKE DER FREUNDSCHAFT e.V.

*BRÜCKE DER FREUNDSCHAFT e.V., Im Türkenacker 7, 78244 Gottmadingen-Ebringen*