



## Anforderung einer Spendenquittung

Titel/Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Anlass der Spende \_\_\_\_\_

Datum der Spende: \_\_\_\_\_

Höhe der Spende: \_\_\_\_\_ €

Bitte senden das ausgefüllte Formular entweder:

**per Post an:**

Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V.  
Dr. Michael Rechenmacher  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

**per Fax an:**

+49 941 944-5564

**per Email an:**

[info@palliativ-ukr.de](mailto:info@palliativ-ukr.de)