

## Anforderung Spendenquittung

Bitte stellen Sie eine Spendenquittung aus für:

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Einzahler

*(falls abweichend von o.g. Daten):*

\_\_\_\_\_

Einzahlungsdatum:

\_\_\_\_\_

Kontakt

*(im Fall von Fragen, Telefon od. Email):*

\_\_\_\_\_

Spendenbetrag:

\_\_\_\_\_

Patient:

\_\_\_\_\_

-----

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:**

Universitätsmedizin Rostock  
Zentrum für Innere Medizin  
Klinik III Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin  
Ernst-Heydemann-Straße 6  
18057 Rostock

**Fax:** 0381/494-7422

**Email:** [palliativ@med.uni-rostock.de](mailto:palliativ@med.uni-rostock.de)

**Telefon:** 0381/494-7421

