

Anforderung für eine Spendenquittung

Bitte erstellen Sie eine Spendenquittung für


Name:	
Firma:	
Straße:	
PLZ/Wohnort:	
Einzahler: (falls abweichend von o.g. Daten)	
Einzahlungsdatum:	
Kontakt- Telefonnummer oder Emailadresse (Im Fall von Nachfragen)	
Spendenbetrag:	
Patient/in:	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

Universitätsmedizin Rostock
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Stempelstraße 13
18057 Rostock

Fax: 0381/494-9702

Email: sekretariat.hautklinik@med.uni-rostock.de

 0381/494 9701