

## Formular für eine Kranzspende

Name des Organisors: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Name des/der Verstorbenen: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

War der/die Verstorbene Spender von Ärzte ohne Grenzen?

- Nein  Ja

Datum der Beerdigung: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Ich bitte um Zusendung folgenden Materials:

- Infomaterial  
 Zahlscheine: \_\_\_\_\_ Stück  
 Ich habe noch Fragen. Bitte rufen Sie mich an.

Bemerkungen:

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt vollständig ausgefüllt an:  
*Ärzte ohne Grenzen*, Taborstraße 10, 1020 Wien, oder per Fax an 01/409 72 76 42