



Anmälan sänds till:
Abrigo
Ankdammsgatan 17 9 tr
171 43 Solna

Autogiro

Undertecknad godkänner att Insamlingsstiftelsen för Abrigo Rainha Silvia den 29e varje månad drar _____ kr från mitt konto.

Fullständigt namn _____

Personnummer _____

Adress _____

Bank _____

Clearingnummer _____

Bankkontonummer _____

E-post (*valfritt*) _____

Ev. Abrigo-ID _____

Ort och datum

Underskrift

Jag vill ha en bekräftelse på att anmälan mottagits och ett besked om när första dragning kommer ske.