

Rezept für:

*Unsere  
„Buchpatienten“*

**Deutsches Medizinhistorisches Museum**

Anatomiestr. 18-20  
85049 Ingolstadt

Telefon: (0841) 3052860  
Telefax: (0841) 3052866  
E-Mail: [dmm@ingolstadt.de](mailto:dmm@ingolstadt.de)

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Diagnosen: *Abgeplatzter Rücken,  
Folgen von Wurmfraß,  
Folgen von Schimmelbefall u.a.*

Therapie: *Neuer Einband, Papierreparatur u.a.*

Kosten: *80 € - 1.500 €*

Kostenträger: *b.w.*

## **Kostenträger:**

Ich möchte zur Behandlung der „Buchpatienten“ des Deutschen Medizin-historischen Museums mit einer Spende in Höhe von ..... € beitragen.

Meine Spende erfolgt

- bar an der Museumskasse
- per Überweisung unter dem Stichwort „Buchpatienten“  
(Überweisungsträger liegen an der Museumskasse aus)
- bitte informieren Sie mich über die Verwendung meiner Spende
- mit der namentlichen Nennung meiner Spende auf der Homepage und im Tätigkeitsbericht des Museums bin ich einverstanden

Adresse (incl. E-Mail):

Bei Spenden bis 200 € genügt für die Vorlage beim Finanzamt der Überweisungsbeleg.  
Bei höheren Spenden senden wir Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung zu.