



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft in **Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V.**

Der Jahresbeitrag beträgt für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Einzelperson	<input type="checkbox"/>	25 €
Einzelperson und Ehepartner/Partner	<input type="checkbox"/>	30 €
Juristische Person	<input type="checkbox"/>	ab 50 €

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Datum Unterschrift

Ehepartner/Partner:

Name: _____ Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Datum Unterschrift

**Ich/wir ermächtige/n den Hospizdienst Nieharde und Gelting e.V. den Jahresbeitrag bis auf
Widerruf in Höhe von: € _____ von meinem/unsere Konto einzuziehen.**

Kontoinhaber: _____ Kontonummer: _____

BLZ: _____ Name der Bank: _____

Ort / Datum

Unterschrift

- Ich/wir unterstützen die Ziele der Hospizarbeit zusätzlich mit einer einmaligen Spende in Höhe von € _____
- Spendenbescheinigung erwünscht
- Ich/wir möchte/n aktiv im Hospizdienst mitarbeiten und bitte/n um weitere Informationen