

Beitrittserklärung



Name: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft beim Hospiz-Verein Deggendorf e. V.

Ich möchte den Hospiz-Verein Deggendorf

mit meinem Beitrag unterstützen

mit meiner Mitarbeit unterstützen

Der Jahresbeitrag für Mitglieder beträgt **40,- €**

Gerne können Sie auch einen höheren Wunschbeitrag angeben: _____

Ort, Datum, Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Hospiz-Verein Deggendorf e. V. den Jahresbeitrag von 40,- €

oder den von mir gewählten höheren Wunschbeitrag in Höhe von _____

von meinem Konto

IBAN: _____

BIC: _____

abzubuchen.

Datum _____ Unterschrift _____