



Unterstützen Sie eine gute Sache durch Ihre Mitgliedschaft!

Ja, ich möchte helfen und die Hospizhilfe Grafschaft Bentheim e. V. durch meine Mitgliedschaft oder eine Spende unterstützen!

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Email: _____

Unterschrift: _____



Einzugsermächtigung. Ich bin widerruflich damit einverstanden, dass ein Betrag in Höhe von _____ € jährlich am 1. April von meinem Konto abgebucht wird. Mit einem Beitrag ab 15,00 €/jährlich pro Person können Sie bei uns Mitglied werden.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

IBAN DE: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Datenschutzerklärung finden Sie bei uns auf der Homepage www.hospizhilfe.de

