

## Mitglied werden

Ich möchte Mitglied werden und die ambulante und stationäre Arbeit der Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V. unterstützen!

Vorname

Name

Straße

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

E-Mail

Telefon

Mitgliedsbeitrag

Ich verpflichte mich den eingetragenen Mitgliedsbeitrag (Mindestjahresbeitrag 10 Euro) an die Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.  
 jährlich     halbjährlich     monatlich zu entrichten.

Bitte geben Sie dieses Blatt an Ihre Ansprechpartner\*innen vor Ort oder senden Sie dieses an die

### Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.

HOSPIZ- UND PALLIATIVZENTRUM  
Ambulanter Hospizdienst  
Stationäres Hospiz  
Im Nonnengarten 10  
59227 Ahlen

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikations-Nr.  
DE49HBK00000368172

Ich ermächtige die Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag von dem u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die vom Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Art der Zahlung: Wiederkehrende Lastschrift.

#### Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen nach Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut

Kontoinhaber

IBAN

Unterschrift und Datum

Ihr Mitgliedsbeitrag bis zu 200,00 Euro jährlich, ist durch Nachweis per Kontoauszug steuerlich abzugsfähig.



**HOSPIZBEWEGUNG  
IM KREIS WARENDORF e.V.**

Tel.: 0 23 82 - 88 90 90  
Fax: 0 23 82 - 88 90 920  
info@hospizbewegung-waf.de  
www.hospizbewegung-waf.de

Bürozeiten: Montag bis Freitag von 9.00 bis 12.30 Uhr, Montag bis Donnerstag von 14.00 bis 16.00 Uhr