

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 zahle den eingetragenen
Mitgliedsbeitrag (Mindestjahresbeitrag 10 Euro)

jährlich halbjährlich monatlich

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

Hospizbewegung im Kreis Warendorf e.V.

HOSPIZZENTRUM
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.

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

Datum, Unterschrift Lastschriftmandat

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