

## 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