

MITGLIEDSERKLÄRUNG

Name Vorname / Titel

Geb. Datum Beruf Telefon / E-Mail

Name Vorname / Titel

Geb. Datum Beruf Telefon / E-Mail

Straße PLZ / Ort

Ich/Wir erkläre/n hiermit zu meinem/unserem Beitrag zum Verein Hospizarbeit Region Wolfsburg e.V.,
38440 Wolfsburg, Eichendorffstraße 7-8

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen) Einzelperson € 25,- pro Jahr

Partnerbeitrag € 40,- pro Jahr

Juristische Pers. € 40,- pro Jahr

Auszubildende, Arbeitslose, Studenten

oder bei sozialer Indikation 50 % € 12,50 pro Jahr

Möglicher freiwilliger höherer Beitrag von Ihnen € _____ pro Jahr.

Datum Unterschrift/en

Mitgliedsbeiträge überweisen Sie bitte auf das Vereinskonto bei der Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg, Konto-Nr. **055 690 093, BLZ 269 513 11.**

Sie erleichtern dem Verein die Arbeit, wenn Sie erlauben, dass der von Ihnen angegebene Beitrag per Lastschrift von Ihrem Konto eingezogen werden darf. Sie können diese Vollmacht selbstverständlich widerrufen.

Datum Unterschrift/Kontoinhaber

Name der Bank Konto- Nr. Bankleitzahl

Datum Unterschrift/ Kontoinhaber

Ich/Wir bin/sind an Mitarbeit interessiert- bitte nehmen Sie mit mir/uns Kontakt auf.

Betrachten Sie mich/uns als ideell fördernde Mitglieder.

Ich/Wir bin/sind an den Themen Hospizarbeit/Palliativmedizin interessiert- bitte informieren Sie mich/uns über entsprechende Veranstaltungen.