



Mitgliedserklärung

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Beruf	Telefon	E-Mail
Straße		PLZ/Ort

Name	Vorname/Titel	Geb.-Datum
Beruf	Telefon	E-Mail
Straße		PLZ/Ort

Ich/Wir erkläre/n meinen/unseren Beitrag zum Hospizarbeit Region Wolfsburg e. V., Eichendorffstraße 7 – 9, 38440 Wolfsburg, zu leisten.

Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)	Einzelperson	25,00 € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
	Partnerbeitrag	40,00 € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
	Juristische Person	40,00 € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Auszubildende, Arbeitslose, Studenten oder bei sozialer Indikation 50 %		12,50 € pro Jahr	<input type="checkbox"/>
Möglicher freiwilliger höherer Beitrag von Ihnen _____		€ pro Jahr	<input type="checkbox"/>

Datum	Unterschrift/en
-------	-----------------

Mitgliedsbeiträge überweisen Sie bitte auf das Vereinskonto bei der Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg, IBAN: DE12 2695 1311 0055 6900 93 BIC: NOLADE21GFW

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.

Name der Bank: _____

IBAN:

D	E																
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: _____

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.

Zusendung von Informationen

Bitte informieren Sie mich über Neuigkeiten/Aktuelles, Mitgliedereinladungen und den Hospizbrief per:

Post E-Mail Post und E-Mail