

Hospizkreis Löhne e. V.
Lange Str. 16

32584 Löhne



Hospizkreis
Löhne
e.V.

Beitrittserklärung

Name, Vorname

Geb.-Datum

Beruf (freiwillig)

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Fax

E-Mail

Ich möchte Mitglied im Hospizkreis Löhne e. V. werden.

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag:

- den Mitgliedsbeitrag von z. Zt. 20,00 € / 30,00 € / 50,00 € jährlich
(Nicht zutreffenden Betrag streichen)
- freiwillig einen höheren Beitrag von € jährlich.
- Ich bin an einer Mitarbeit im Verein interessiert.
- Ich möchte weitere Informationen.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte überweisen Sie Ihren Beitrag auf das Konto-Nr. 220 276 711 bei der Sparkasse Herford
- BLZ 494 501 20 – oder erteilen Sie uns eine

Einzugsermächtigung

Hiermit bevollmächtige ich den Hospizkreis Löhne e. V., den o. a. Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Girokonto abzubuchen:

Konto-Nr

BLZ

Kreditinstitut

Ort/Datum

Unterschrift

Die Beiträge und Spenden für unseren als gemeinnützig anerkannten Verein sind steuerlich abzugsfähig. Eine Zuwendungsbestätigung wird übersandt.