

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Hospizkreis Altenberge e.V.

Name _____

Vorname _____

Geboren am _____

Straße, Nr. _____

Ort _____

Telefon _____

Email _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 12E/Jahr.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Hospizkreis Altenberge e.V. widerruflich

Den Betrag von _____€ per Lastschrift einzuziehen.

IBAN _____

BIC _____

Unterschrift