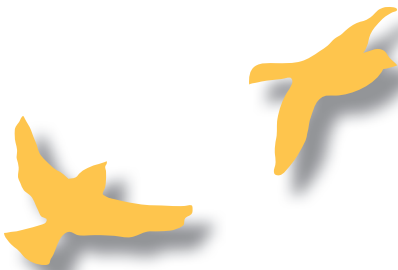


Unterstützen Sie!



*unsere Arbeit ist für
die Betroffenen kostenfrei,
daher sind wir auf
Spenden angewiesen.*



LINGENER HOSPIZ e. V.

Beitrittserklärung



an den
Lingener Hospiz e. V.
Universitätsplatz 1 | 49808 Lingen

Ich möchte werden: (bitte ankreuzen)

- aktives Mitglied
 förderndes Mitglied

Name Vorname

Geburtsdatum Beruf

Straße

PLZ/Ort Telefon

E-Mail

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden Jahresbetrag von

€ (z. Zt. mindestens 18 €) von folgendem Konto per Lastschrift abzubuchen:

Bank

IBAN

BIC

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen meiner Vereinsmitgliedschaft personenbezogene Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert werden.

Datum Unterschrift