

AMBULANTER HOSPIZDIENST

in den Bereichen Sankt Augustin, Siegburg und Troisdorf
Ökumenische Initiative zur Begleitung Schwerkranker, Sterbender und Trauernder e.V.



Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied Ihres Hospizdienstes werden.

() Ich zahle einen Jahresbeitrag von €

() Ich zahle den Mindestbeitrag von € 30,00

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name: Vorname:

Straße: PLZ/Ort:

Tel.: E- Mail:

Ich ermächtige den Ambulanten Hospizdienst, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von
€ bis auf Widerruf von meinem nachstehenden Konto abzubuchen:

IBAN: DE.....

BIC:

(Die BIC wird für das Abbuchungsverfahren benötigt)

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Hinweis auf den Datenschutz: Wir nutzen Ihre angegebenen Daten ausschließlich, um Ihnen Informationen zukommen zu lassen und um den jährlichen Beitrag einzuziehen. Eine Verwendung darüber hinaus, insbesondere eine Bekanntgabe an Dritte, ist ausgeschlossen. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden Ihre Daten gelöscht.