

Beitrittserklärung

Bitte unterstützen Sie unsere Arbeit!

Werden Sie Mitglied oder engagieren Sie sich in unserem Verein.

Zutreffendes bitte ankreuzen und im Fensterkuvert an unsere Geschäftsstelle senden.

Bitte Namen und Adresse auf Rückseite eintragen.

Bei einer Mitgliedschaft bitte Beitragshöhe, Bankdaten und Unterschrift nicht vergessen.

- Ja, ich möchte mehr darüber erfahren.
- Ich möchte meine Gedanken, Ideen und Mitarbeit einbringen.
- Ich möchte mich von Ihnen zum/ zur ehrenamtlichen Familienbegleiter/-in und Kinderhospizhelfer/-in ausbilden lassen.

AKI – Hospizdienst für junge Menschen
Mittelhöhe 3
74523 Schwäbisch Hall

Beitrittserklärung

ANREDE, NAME / FIRMENBEZEICHNUNG

VORNAME / ANSPRECHPARTNER DER FIRMA

GEBURTSDATUM (BEI FAMILIEN AUCH DES EhePARTNERS)

STRASSE, HAUSNUMMER / POSTFACH

PLZ, ORT

TELEFON / FAX

E-MAIL

Hiermit erkläre/n ich/wir die Mitgliedschaft zum Verein Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Schwäbisch Hall e. V. als (bitte ankreuzen):

- Ordentliches Mitglied (Privatperson mit Stimmrecht)
- Regelmäßige Unterstützung

Hiermit ermächtige ich den Verein Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst Schwäbisch Hall e. V. bis auf Widerruf, die Mitglieds- und Unterstützungsbeiträge per Lastschriftverfahren von folgendem Konto einzuziehen.

IBAN, BANK

BIC, KONTOINHABER

24,- Euro jährlich

MITGLIEDS- / UNTERSTÜTZUNGSBEITRAG

ORT, DATUM, UNTERSCHRIFT