

**BEITRITTSERKLÄRUNG FÜR FÖRDERMITGLIEDER**

| | | |
|--------------------|------------------------|--|
| Name/Vorname | | |
| Straße/Hausnummer | | |
| Postleitzahl/Ort | | |
| Telefon (Festnetz) | | |
| Telefon (Mobil) | | |
| E-Mail | | |
| Jahresbeitrag | <input type="text"/> € | Betrag nach eigener Festsetzung mind. 20 € |

Ort/Datum

Unterschrift

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Hospiz-Verein Bad Waldsee, den Jahresbeitrag
in Höhe von von meinem Konto abzubuchen

| | |
|--------------|----|
| IBAN | DE |
| BIC | |
| Bank | |
| Bankleitzahl | |
| Kontonummer | |

Ort/Datum

Unterschrift

Hospizgruppe Bad Waldsee e.V. / Rosmaringasse 12 / 88339 Bad Waldsee

Telefon (Büro): 07524 / 9150900 Telefon (Mobil): 0151 / 21 27 26 05

E-Mail: info@hospizgruppe-badwaldsee.de

Homepage: www.hospizgruppe-badwaldsee.de

Bankverbindung: Volksbank Allgäu-Oberschwaben eG / IBAN: DE 24 6509 1040 0286 3000 01 / BIC: GENODES1LEU