

# Antrag auf Mitgliedschaft im Hospizverein Mörfelden-Walldorf e.V.

Name/Institution: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beträgt für juristische Personen mindestens 100 Euro und für natürliche Personen mindestens 30 Euro. Für den Jahresbeitrag erteile ich eine Einzugsermächtigung.

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie, bis auf Widerruf den Jahresbeitrag in Höhe von

Euro (Mindestbeitrag 30 Euro) \_\_\_\_\_

von dem Konto IBAN Nr.: \_\_\_\_\_

abzubuchen.

Datum und Unterschrift : \_\_\_\_\_

Ich bitte um eine Spendenbescheinigung.  
(Bitte ankreuzen, wenn eine Spendenbescheinigung gewünscht wird)

Bitte senden an:  
Hospizverein Mörfelden-Walldorf e.V.  
Bahnhof Mörfelden  
Bahnhofstraße 38  
64546 Mörfelden-Walldorf