

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

Name/Institution: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Jahresbeitrag beträgt für juristische Personen mindestens 100 € und für natürliche Personen mindestens 30 €.

Für den Jahresbeitrag erteile ich eine Einzugsermächtigung.

### Einzugsermächtigung

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

€ \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag 30 €)

Von dem Konto IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

abzubuchen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte senden an:**

**Hospizverein Mörfelden-Walldorf e.V.**

**Westendstraße 8**

**64546 Mörfelden-Walldorf**