

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich widerruflich die
Hospizbewegung Dormagen e.V.,
meinen Beitrag von meinem Konto wie folgt einzuziehen.

IBAN

bei Kreditinstitut

BIC

Kontoinhaber

Datum und Unterschrift



Hospizbewegung Dormagen e.V.

Krefelder Straße 23

41539 Dormagen

Telefon: 02133 . 47 86 61 oder 53 04 96

buero@hospizbewegung-dormagen.de

www.hospizbewegung-dormagen.de



SO KÖNNEN SIE UNS UNTERSTÜTZEN.

- ☐ Ich möchte mehr über die Hospizarbeit wissen
- ☐ Ich möchte gerne mitarbeiten
- ☐ Ich interessiere mich für ihre Veranstaltungen
- ☐ Ich bin bereit, die Ziele der Hospizbewegung mit einem Beitrag von

Euro _____

☐ einmalig ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich
zu unterstützen.

- ☐ Ich möchte Mitglied werden
Jährlicher Beitrag:
 - ☐ 30,- € für Einzelpersonen
 - ☐ 40,- € für Ehepaare

Name

Vorname

Straße

PLZ & Ort

Telefon

E-Mail