

Mitgliedsklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis
Magdalena-Hospiz e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Wohnort

Telefon

E-Mail

Mein Jahresbeitrag

Mindesbeitrag pro Jahr:
für Einzelpersonen 31,00 Euro
für juristische Personen 62,00 Euro

Ich bin interessiert an:

einer aktiven Mitarbeit

einer Fördermitgliedschaft

Datum, Unterschrift

Lastschrift auf Widerruf

Ich ermächtige den Freundeskreis Magdalena-Hospiz e.V.
den jährl. Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Bankverbindung

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

