

Förderverein und Träger
eines ambulanten
Hospizdienstes
für Reinbek und Umgebung
im Hospizverbund im Osten
Hamburgs



Niels-Stensen-Weg 3
21465 Reinbek
Telefon: 040 78 08 98 60
www.hospizdienst-reinbek.de
kontakt@hospizdienst-reinbek.de

An den Vorstand des Vereins Ambulanter Hospizdienst Reinbek e.V.
Antrag auf Mitgliedschaft

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

(Mit Angabe der E-Mail-Adresse erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Verein mich zukünftig per Mail kontaktieren darf, u.a. für die Einladung zur Mitgliederversammlung.)

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Ambulanten Hospizdienst Reinbek e.V. den Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von 30 € alljährlich von meinem Konto abzubuchen.

Name der Bank: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber*in: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Registergericht: Amtsgericht Lübeck Registernummer: VR 472 RE
Spendenkonto IBAN: DE 38 2135 2240 0020 0206 58 BIC: NOLADE21HOL