

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon

E-Mail

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V.

Datum

Unterschrift

Ich zahle einen monatlichen Beitrag in Höhe von

(min. 2 Euro)

Hiermit ermächtige ich die Hospizbewegung im Idsteiner Land e.V. zum Einzug des monatlichen Beitrags durch Lastschrift.

halbjährlich (April und Oktober)

jährlich (April oder Oktober)

Kontoinhaber/in

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

Die Daten werden nur zum Zweck der Mitgliedschaft verwendet. Weitere Details finden Sie unter [www.hospizbewegung-idstein.de/datenschutz](http://www.hospizbewegung-idstein.de/datenschutz)



**Hospizbewegung**  
im Idsteiner Land e.V.

Fürstin-Henriette-Dorothea Weg 1  
65510 Idstein



**Am Ende des Lebens gut begleitet**