

*Vielen Dank
für Ihre Spende!*

Vorname und Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

Telefonnummer:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Mitgliedsbeitrag (mind. 20,- €/Jahr):

IBAN:

BIC:

Durch meine Unterschrift bestätige ich, daß ich den Hospizverein Bad Windsheim e. V. durch eine Mitgliedschaft unterstützen möchte. Hiermit ermächtige ich den Hospizverein den jährlichen Mitgliedsbeitrag von dem angegebenen Konto abzubuchen.

Ort, Datum

Unterschrift