

## MITGLIEDSERKLÄRUNG

---

Name Vorname/Titel

---

Geb. Datum Beruf Telefon/E-Mail

---

Name Vorname/Titel

---

Geb. Datum Beruf Telefon/E-Mail

---

Straße PLZ/Ort

Ich/Wir erkläre/n meinem/unserem Beitrag zum Verein Hospizarbeit Region Wolfsburg e. V.,  
38440 Wolfsburg, Eichendorffstraße 7 - 9, zu leisten.

**Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)**

Einzelperson	€ 25,- pro Jahr	<input type="checkbox"/>	
Partnerbeitrag	€ 40,- pro Jahr	<input type="checkbox"/>	
Juristische Pers.	€ 40,- pro Jahr	<input type="checkbox"/>	

Auszubildende, Arbeitslose, Studenten  
oder bei sozialer Indikation 50 % € 12,50 pro Jahr

Möglicher freiwilliger höherer Beitrag von Ihnen € \_\_\_\_\_ pro Jahr.

---

Datum Unterschrift/en

**Mitgliedsbeiträge** überweisen Sie bitte auf das Vereinskonto bei der Sparkasse Gifhorn-Wolfsburg,  
IBAN: DE12 2695 1311 0055 6900 93 BIC: NOLADE21GFW

Sie erleichtern dem Verein die Arbeit, wenn Sie erlauben, dass der von Ihnen angegebene Beitrag per Lastschrift  
von Ihrem Konto eingezogen werden darf. Sie können diese Vollmacht selbstverständlich widerrufen.

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: 

D	E																	
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: \_\_\_\_\_

---

Datum Unterschrift/Kontoinhaber

- Ich/Wir bin/sind an Mitarbeit interessiert - bitte nehmen Sie mit mir/uns Kontakt auf.
- Betrachten Sie mich/uns als ideell fördernde Mitglieder.
- Ich/Wir bin/sind an den Themen Hospizarbeit/Palliativmedizin interessiert- bitte informieren Sie mich/uns über entsprechende Veranstaltungen.

### Zusendung von Informationen

Bitte informieren Sie mich über Neuigkeiten/Aktuelles, Mitgliedereinladungen und den Hospizbrief per:

Post  E-Mail  Post und E-Mail