



An den  
**Ambulanten Hospizdienst  
Östlicher Enzkreis e.V.**  
Karl-Knöllner-Straße 5/1  
75417 Mühlacker

**Ambulanter Hospizdienst  
Östlicher Enzkreis e.V.**  
Karl-Knöllner-Straße 5/1  
75417 Mühlacker  
Tel. +49 (0)7041/862533  
Fax +49 (0)7041/860275  
E-Mail chr-jo-bastian@t-online.de

### **Unterstützen Sie unsere Arbeit durch Ihre Mitgliedschaft oder eine Spende**

- Ja, ich möchte Mitglied im Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. werden.**

Der Jahresbeitrag beträgt für Einzelpersonen 20,- EUR, für Juristische Personen (Institutionen, Unternehmen u. ä.) 60,- EUR.

Ich werde diesen Jahresbeitrag auf unten genanntes Konto überweisen oder erteile dem Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. eine Einzugsermächtigung.

- Ja, ich möchte aktiv im Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. mitarbeiten. Bitte nehmen Sie Kontakt mit mir auf.**

- Ja, ich möchte den Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. durch eine Spende in Höhe von \_\_\_\_\_,- EUR unterstützen.**

Ich werde angegebene Betrag auf unten genanntes Konto überweisen oder dem erteile dem Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. eine Einzugsermächtigung.

- Bitte senden Sie mir weitere Informationen zum Wirken des Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. zu.**

**Name, Vorname** \_\_\_\_\_

**Straße, Nr.** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

**Ambulanter Hospizdienst  
Östlicher Enzkreis e.V.**  
Karl-Knöller-Straße 5/1  
75417 Mühlacker



**Ambulanter Hospizdienst  
Östlicher Enzkreis e.V.**  
Karl-Knöller-Straße 5/1  
75417 Mühlacker  
Tel. +49 (0)7041/862533  
Fax +49 (0)7041/860275  
E-Mail chr-jo-bastian@t-online.de

## **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Ambulanten Hospizdienst Östlicher Enzkreis e. V. widerruflich

- den **Jahresbeitrag für Einzelpersonen** in Höhe von 20,- EUR
- den **Jahresbeitrag für Juristische Personen** in Höhe von 60,- EUR
- meine **Spende** in Höhe von \_\_\_\_\_ , - EUR

von folgendem Konto abzubuchen:

**Kontoinhaber:** \_\_\_\_\_  
**Kontonummer:** \_\_\_\_\_  
**Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_  
**Kreditinstitut:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)