



Ambulanter Hospizdienst
Fürstenwalde e.V.

Schirmherr: Der Landrat des LOS

Ambulanter Hospizdienst Fürstenwalde e.V.
Tränkeweg 11, 15517 Fürstenwalde

Beitrittserklärung

In Kenntnis der Satzung des Vereins „Ambulanter Hospizdienst Fürstenwalde e.V.“, erkläre ich hiermit meinen Beitritt zu diesem Verein mit dem heutigen Datum:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

Den Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von
(lt. Beschluss der 1. Mitgliederversammlung)

36,-- € pro Jahr für Einzelpersonen
72,-- € pro Jahr für Institutionen

- werde ich in bar zahlen
- werde ich auf das Vereinskonto überweisen
- werde ich im Lastschriftverfahren abbuchen lassen (Formular folgt)

Ort/Datum:

Unterschrift:

Geschäftsstelle

Tränkeweg 11,
15517 Fürstenwalde
Telefon: (03361) 74 99 94,
Fax: (03361) 74 99 95
E-Mail: info@hospizdienstfuewa.de

Kontoverbindung

Sparkasse Oder Spree
IBAN: DE67 170 550 000 720 668
BIC: WELADED1LOS

