



Hospizdienst Schneverdingen e.V., Harburger Str. 1, 29640 Schneverdingen

Antrag auf Mitgliedschaft
im Hospizdienst Schneverdingen e.V.

Kontakt

Ansprechpartnerin:

Frau Vanessa Pahl
Tel.: 0151 54079775
Tel.: 05193 9825877

E-Mail: info@hospizdienst-
schneverdingen.de

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Hospizdienst Schneverdingen e.V.,
ab dem _____ .

Name, Vorname:	
geb.	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon / Mobil:	
E-Mail:	

Jahresbeitrag: 12,00 € (aktives Mitglied) 20,00 € (förderndes Mitglied)

Ich überweise selbst - jährlich zum _____

Ort/Datum

(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag von jährlich **12,00 € / 20,00 €** ist bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber/in _____

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Ort/Datum

(Unterschrift)

Hospizdienst Schneverdingen e.V., Harburger Str. 1, 29640 Schneverdingen

Bankverbindung: Kreissparkasse Soltau, **IBAN:** DE96 2585 1660 0055 0316 78, **BIC:** NOLADE21SOL