

Ich möchte gerne Mitglied in der Hospiz-Gruppe Stade e.V. werden:

Vorname

Name

Anschrift PLZ, Ort

Straße

Geburtsdatum

Email-Adresse

Telefon

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 36,00 Euro pro Jahr. Sie erhalten eine steuerlich abzugsfähige Zuwendungsbestätigung.

Ich möchte gerne Euro pro Jahr zahlen

Wir werden Ihnen eine SEPA-Lastschrift Ermächtigung zusenden, dass wir den Beitrag von Ihrem Konto einziehen können. Barzahlungen sind leider nicht möglich.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift