

Ambulanter Hospizkreis Hemer e.V.  
Postfach 11 22  
58651 Hemer

## Antrag auf Mitgliedschaft

### Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im **Ambulanten Hospizkreis Hemer e.V.** werden.

Bitte buchen Sie meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €\*  
jährlich von meinem unten angegebenen Konto ab.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

### Bankverbindung

Kontoinhaber (falls abweichend): \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift des Kontoinhabers

\* Mindestbeitrag jährlich 24,- € (Stand Jan. 2019)