

Ambulanter Hospizdienst
der Ökumenischen Initiative Sankt Augustin
Dietrich-Bonhoeffer-Straße 39
53757 Sankt Augustin

Datum:

Ich möchte Mitglied Ihrer Initiative werden.

- Ich zahle einen Jahresbeitrag von €
- Ich zahle den Mindestbeitrag von € 30,00
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Tel:

email:

Ich ermächtige Sie, meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von € bis auf Widerruf von
meinem Konto abzubuchen:

IBAN: DE.....

alternativ: Kto-Nr. BLZ

Bank:

.....

Unterschrift