

Beitrittserklärung



E-Mail:
hospizdienst
@diakonie-
delitzsch.de

Koordinatorin
Sieglinde Stahl
Nikolaipplatz 3
04838 Eilenburg
Tel. 03423-7002998
Fax 03423-7009847
Mo. 0151-22788089

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Mitgliedschaft im Freundeskreis des „Ökumenischen Ambulanten Hospizdienstes (Region Delitzsch/Eilenburg/Schkeuditz)“.

Um Zusendung des Newsletters und der geplanten Veranstaltungstermine bitte ich.

1. Neues Mitglied: Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ & Stadt _____
Tel.-Nr. _____
E-Mail Adresse _____

2. Ich/wir möchte(n) den Ambulanten Hospizdienst unterstützen und spende(n).

Einmalig

25 € 50 € 70 € anderer Betrag

Monatlich

5 € 10 € 15 € anderer Betrag

Jährlich

60 € 125 € 180 € anderer Betrag

Für meine/unsere Spende erhalte(n) ich/wir eine Zuwendungsbestätigung.

Datum _____

Unterschrift _____