

HOSPIZ- UND PALLIATIVDIENST MARIENBERG E. V.

AUFNAHMEANTRAG

FÜR DEN HOSPIZ- UND PALLIATIVDIENST
MARIENBERG E. V.

Frau/ Herr

geboren am:

wohnhaft:

.....

.....

Telefon:

beantragt hiermit die Aufnahme in den Hospiz- und Palliativdienst Marienberg e. V.

Der Mitgliedsbeitrag pro Monat beträgt 1 €.

Der Mitgliedsbeitrag jährlich beträgt 12 €. Dieser Einmalbetrag ist bis zum 30.06. des jeweiligen Kalenderjahres unaufgefordert auf das Konto des Hospiz- und Palliativdienstes Marienberg e. V. zu zahlen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Beitragshöhe, die Satzung sowie die Leitlinien des Hospiz- und Palliativdienstes Marienberg e. V. an.

Datum, Unterschrift:

HOSPIZ- UND PALLIATIVDIENST MARIENBERG E. V.

**Dr. Wilhelm-Külz-Allee 7
09496 Marienberg
Tel.: 0 37 35/ 661466
Fax: 0 37 35/ 66 14 68**

**Bankverbindung:
Deutsche Bank Annaberg-Buchholz
IBAN: DE52870700240272675000**