

**FREUNDESKREIS HOSPIZ GEESTHACHT e.V.**  
ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst  
21502 Geesthacht, Neuer Krug 4

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Freundeskreis Hospiz Geesthacht e.V.

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

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Mit einem Einzug des Jahresbeitrags von meinem Konto bin ich einverstanden.  
Der Mindestbeitrag beträgt 40€  
Freiwillige Spende:

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_