



## Ihr Engagement

- Ich möchte die Arbeit des Fördervereins für den Ambulanten Hospizdienst des Alfred Krupp Krankenhauses e.V. unterstützen.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich möchte Mitglied werden

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

- Meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (selbst bestimmt) bitte ich abzubuchen von meinem Konto

IBAN \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

- Ich werde eine Spende von \_\_\_\_\_ Euro überweisen

- Mit der Erfassung und Verwendung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der vereinsbezogenen Datenverarbeitung erkläre ich mich einverstanden.

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