



## 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 \_\_\_\_\_