

**SIE KÖNNEN UNS HELFEN (bitte ankreuzen):**

- durch Ihre Mitgliedschaft
- durch Ihre Spende
- als ehrenamtliche Hospizbegleiter(in)

- Ja, ich will Mitglied werden.

Jährlicher Beitrag € 60,00

**HOSPIZKREIS HAAR e.V.**

**Kreissparkasse Mü – STA – EBE**

**IBAN DE55 7025 0150 0009 2250 20**

- Ja, ich spende € \_\_\_\_\_ und bitte um eine Bescheinigung.



St.-Konrad-Straße 2  
85540 Haar  
Tel 089 / 46 20 33 43  
Fax 089 / 46 09 67 48  
mail@hospizkreis-haar.de  
www.hospizkreis-haar.de

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

**Ich ermächtige den HOSPIZVEREIN HAAR e.V. diesen Beitrag jährlich, bis auf  
Widerruf, von nachstehendem Konto abzubuchen.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Bank

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift