



Hospiz Oase.e.V., Reichenbergerstr. 48, 10999 Berlin, 030/6189009, 030/61287349, Fax 030/6189967
Mobil: 0172/9489855, Mail: hospiz.oase@web.de, Internet: www.hospiz-oase-web.de

Mitgliedserklärung des Hospiz Oase e. V.

Mitglieds Nr.:

Geb. Datum:

Name, Vorname:

Anschrift:

.....

.....

Telefon:

Mail:.....

Hiermit werde ich Mitglied im Hospiz Oase e. V. in Berlin. Mein monatlicher Mitgliedsbeitrag beträgt Euro.

Die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft beträgt 3 Monate.

Eine Spendenbescheinigung stellen wir Ihnen gerne aus.

Ich ziehe das Lastschriftverfahren vor, und bin einverstanden, dass Sie den Beitrag regelmäßig von meinem Konto bis auf Widerruf abbuchen.

Bank:

BLZ:

Konto Nr.:

Ort,Datum.....Unterschrift.....