



Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein „Leben bis zuletzt“ –
Ambulanter Hospizdienst Norden e.V.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Den Mitgliedsbeitrag in Höhe von €

(mind. 40€/Jahr) bitte abbuchen von meinem Konto:

IBAN:

BIC:

Datum:

Unterschrift:

