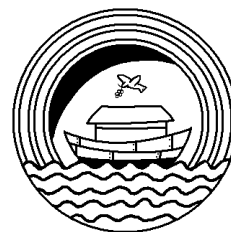


Ja, ich möchte Mitglied werden.

**Hospizgemeinschaft
Arche Noah e.V.
Herzog-Adolph-Strasse 3**

61462 Königstein/Ts.



Ja, ich möchte Mitglied werden.

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ | Förderer | aktives Mitglied

Mitgliedsbeitrag: _____ € (mind. 32,-€/Jahr)

Datum / Unterschrift: _____

Hiermit stimme ich dem Bankeinzug meines Mitgliedsbeitrages zu.

Bank: _____

Konto-Nr.: _____ Bankleitzahl: _____

Datum / Unterschrift: _____