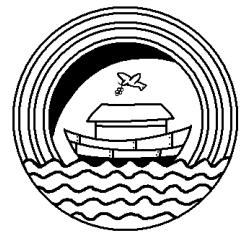


**Ja, ich möchte Mitglied werden.**

**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: \_\_\_\_\_