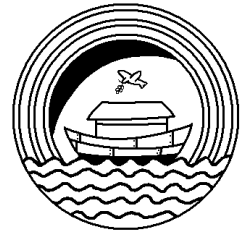


**Ja, ich möchte Mitglied werden.**



**Hospizgemeinschaft Arche Noah Hochtanus**  
z.Hdn. Frau Zeller  
Brunhildestr.14

61389 Schmitten-Niederreifenberg

**Ja, ich möchte Mitglied werden.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_  Förderer  aktives Mitglied

Mitgliedsbeitrag: \_\_\_\_\_ € (mind. 40,-€/Jahr)

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hiermit stimme ich dem Bankeinzug meines Mitgliedsbeitrages zu.**

Bank: \_\_\_\_\_

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_