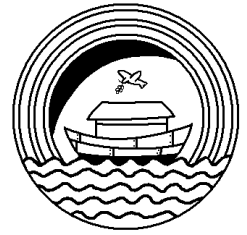


Ja, ich möchte Mitglied werden.



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: _____