

Ambulanter Hospizdienst Eschweiler/Stolberg e.V.

Marienstraße 7
52249 Eschweiler
Städtisches Seniorenzentrum
1. Etage
Tel.: 02403 505381
www.ahd-eschweiler-stolberg.de
info@ahd-eschweiler-stolberg.de

Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mail _____

Mein Jahresbeitrag

☐ Regelbeitrag € 40,00

☐ Rentner € 30,00

☐ Institutionen € 60,00

☐ individueller Beitrag € _____

Der Jahresbeitrag soll bis auf Widerruf jährlich zum 1. März eingezogen werden.

Name der Bank _____

IBAN _____

Kontoinhaber _____

(falls von o.g Person abweichend)

Ort, Datum, Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00000851069