

Fördermitgliedschaft

Sollten Sie sich zu einer persönlichen Fördermitgliedschaft bereit erklären, folgende Hinweise:

1. Sie erhalten jährlich unaufgefordert einen Tätigkeitsbericht über die Entwicklung der Hospizarbeit.
2. Sie haben jederzeit ein telefonisches und unkompliziertes Kündigungsrecht.

Fördermitgliedschaft für die Hospizinitiative der Caritas für den Landkreis Schwandorf

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

Postleitzahl / Ort

E-Mail Adresse

Telefonnummer

Ja, wir/ich werde(n) als Fördermitglied die Aufgaben der Hospizinitiative der Caritas-Sozialstationen mit einem Förderbeitrag von jährlich _____ € unterstützen.

Den von mir/uns genannten Betrag bitte(n) ich/wir abzubuchen von meinem/ unserem Konto.

IBAN/ Konto-Nr.: _____

BIC/ Bankleitzahl: _____

Bank: _____

Den von uns/mir genannten Beitrag werde(n) wir/ich nach Eingang des Jahresberichts auf Ihr Konto bei der Raiffeisenbank in Nittenau eG, IBAN: DE 88 7506 1168 0000 0263 95, BIC: GEDODEF1SWN überweisen.

Ort/ Datum

Unterschrift