

## Ja, ich möchte die Ziele der Hospizbewegung St. Josef Friedrichshafen e.V. unterstützen!

### Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied

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

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Angabe freiwillig)

Mein Jahresbeitrag beträgt € \_\_\_\_\_ .  
(Mindestbeitrag 10 Euro)

Meinen Beitrag entrichte ich durch Einzugsermächtigung.  
Bitte buchen Sie den Betrag von meinem Konto ab.

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

Die **Einzugsermächtigung** kann ich jederzeit widerrufen. Mit der Datenverarbeitung und Datennutzung nach der **Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)** für Zwecke der Mitglieder-waltung bin ich einverstanden.

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

Ebenso ist es möglich, die Hospizbewegung St. Josef Friedrichshafen e.V. durch eine **einmalige Spende** zu unterstützen.

Unsere Bankverbindung:

#### **Sparkasse Bodensee**

IBAN: DE52 6905 0001 0020 8088 95

BIC: SOLADES1KNZ

#### **Volksbank Friedrichshafen - Tettngang**

IBAN: DE30 6519 1500 0126 2500 06

BIC: GENODES1TET

Gerne senden wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu.