



# Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Ambulanter Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.  
Leopoldstraße 16 · 32756 Detmold · ☎ 05231-962800

## MITGLIEDSERKLÄRUNG

Name

Vorname

Straße

Postleitzahl / Wohnort

Geb.-Datum

Telefon

Beruf

E-Mail-Adresse

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Amb. Hospiz- und Palliativ-Beratungsdienst Lippe e.V.

Ich bin bereit, folgenden Mitgliedsbeitrag zu zahlen  
(bitte ankreuzen bzw. ergänzen):

2 €/Monat (24 € Jahresbeitrag)

3 €/Monat (36 € Jahresbeitrag)

4 €/Monat (48 € Jahresbeitrag)

\_\_\_\_\_ €/Monat ( \_\_\_\_\_ € Jahresbeitrag)

**Mitgliedsbeiträge** bitte überweisen auf das Konto  
Sparkasse Detmold 10 60 09 285 – BLZ 476 50130

Ort / Datum

Unterschrift

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Um eine **Kostenbelastung für den Verein möglichst gering zu halten**, bin ich einverstanden, dass meine Beiträge bzw. Spenden per **Einzugsermächtigung** von unten genanntem Konto erhoben werden

Euro

Geldinstitut

Konto

BLZ

Ort / Datum

Unterschrift

Der Jahresbeitrag ist bis zum 30.6. jeweils für das laufende Kalenderjahr zu entrichten.

Wir erstellen in der Regel keine Spendenquittungen für Mitgliedsbeiträge unter 100 Euro.

Ihr Kontoauszug wird als Beleg für das Finanzamt anerkannt.

Für allgemeine Spenden erhalten Sie unaufgefordert eine Quittung.

### Unsere Spendenkonten:

Sparkasse Detmold 47474747 – BLZ 47650130

Sparkasse Lemgo 44444444 – BLZ 48250110