

■ Mitgliedschaft

Ich möchte den Verein Hospiz Ahrensburg e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

Ich ermächtige den Verein Hospiz Ahrensburg e.V. einmal jährlich

Euro (Mindestbetrag lt. Satzung 25 €)

abzubuchen von
meinem/unserem Konto:

Kreditinstitut

BLZ

Konto-Nr

Datum, Unterschrift(en)

■ Kontaktdaten

Telefon

04102-691125

Adresse

Adolfstraße 1, 22926 Ahrensburg

Internet

www.hospiz-ahrensburg.de

Email

hospiz.ahrensburg@t-online.de

Bankverbindung

Hospiz Ahrensburg e.V.

Sparkasse Holstein

(BLZ 213 522 40) 190 012 923

IBAN: DE78 21352240 0190012923

BIC: NOLADE 21 HOL

Koordinatorinnen:

Barbara Gründling

Dr. Christiane Gatzemeier

Silke Winter

Eveline Otto



**Zuhören ■ Da sein ■
Bedürfnisse spüren ■ entlasten
■ Trauer teilen ■ begleiten**