

*Was ich gerne noch sagen möchte:*

*Bitte freimachen falls  
Marke zur  
Hand*



AMBULANTER  
HOSPIZDIENST  
BREMERVÖRDE-ZEVEN

An den  
Ambulanten Hospizdienst  
Bremervörde-Zeven  
Engeoer Wäldchen 2

27432 Bremervörde

Ich möchte den Ambulanten Hospizdienst Bremervörde-Zeven mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (mindestens 25,- €) unterstützen und fördern.



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

Anschrift \_\_\_\_\_

AMBULANTER  
HOSPIZDIENST  
BREMERVÖRDE-ZEVEN

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Ambulanten Hospizdienst Bremervörde-Zeven einen Förderbeitrag von meinem Konto  
IBAN \_\_\_\_\_ bei (Kreditinstitut) \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_ einmal jährlich einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

*Der Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar. | Förderer erhalten jährlich einen Informationsbrief. | Eine Kündigung ist jederzeit ohne Frist möglich.*