

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.