



NETZWERK  
HOSPIZ

Verein für Hospizarbeit und  
Palliativbetreuung Südostbayern e. V.

**Einfach ausfüllen und senden:**

- ✓ einscannen und per E-Mail
- ✓ per Post
- ✓ per Fax

## MITGLIED WERDEN

### Ich unterstütze das NETZWERK HOSPIZ

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

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

**Den Jahresbeitrag von (zutreffendes bitte ankreuzen) bitte ich bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen:**

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Bankinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC

### Beitragsmöglichkeiten

Einzelpersonen	40 Euro
Rentner, Studenten, Hospizhelfer	20 Euro
Firmen/Institutionen	200 Euro

Wenn unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

**Netzwerk Hospiz e.V.**

Schloßstr. 15 a | 83278 Traunstein | Tel.: 0861 909612-0 | Fax.: 0861 909612-240  
E-Mail: [info@netzwerk-hospiz.de](mailto:info@netzwerk-hospiz.de) | Web: [www.netzwerk-hospiz.de](http://www.netzwerk-hospiz.de)