

Ich möchte die Arbeit der Hospizgruppe Bobingen unterstützen

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

E-Mailadresse

Telefon

Geburtsdatum

Bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN

Ich ermächtige die

Ökumenische Hospizgruppe Bobingen e.V., Gutenbergstr. 6, 86399
Bobingen (Gläubiger-Identifikationsnummer DE25ZZZ00000207487)

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich
weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ökumenischen Hospizgrup-
pe Bobingen e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belas-
tungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten
dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Datum, Ort und Unterschrift

Die Ökumenische Hospizgruppe Bobingen e. V. bietet ihre Arbeit unentgeltlich an und die Mitarbeiter engagieren sich ehrenamtlich. Daher sind wir auf Spenden angewiesen.

Mit Ihrem Beitrag unterstützen Sie neben unseren Hospiz- und Trauerangeboten auch Projekte wie „Hospiz macht Schule“ oder das Schmetterlingsgrab.

Wir bieten verschiedene Möglichkeiten für Sie, um einen Beitrag zu leisten.

- Ich möchte förderndes Mitglied der Hospizgruppe Bobingen werden. Der Jahresbeitrag beträgt 15,00 Euro.
- Ich möchte eine einmalige Spende in Höhe von _____ Euro tätigen
- Ich bin außerdem bereit, die Arbeit Hospizgruppe Bobingen mit _____ EURO jährlich zu fördern.
- Ich bitte um eine Zusendung einer Spendenbescheinigung

Bitte kreuzen Sie die gewünschten Beiträge an und ergänzen Sie die Beträge. Füllen Sie die fehlenden Angaben auf der Rückseite aus und senden Sie uns die Postkarte zurück.

Bitte
ausreichend
frankieren

Ökumenische Hospizgruppe Bobingen e. V.
Gutenbergstr. 6

D-86399 Bobingen