## Meine persönlichen Daten

Name *	 	
Vorname *		
Geburtsdatum		
nur bei Mitgliedschaft erforderlich		

Adresse & Kontakt	
itraße *	
PLZ, Ort *	
elefon	
-Mail	

Christophorus Hospiz Verein e.V.

München

Effnerstraße 93 81925 München

\* Pflichtfeld

# Bitte hier abtrennen und in einem Umschlag frankiert an den CHV schicken.

# Ihre Hilfe kommt an!

Werden Sie Mitglied im Christophorus Hospiz Verein







# Unterstützen Sie uns!

Wir begleiten und unterstützen Menschen in ihrer letzten Lebensphase, damit sie auch mit einem unheilbaren Leiden selbstbestimmt und in Würde leben und sterben können. Dazu gehören die Linderung von Schmerzen, aber auch psychische, soziale und spirituelle Belange am Lebensende.

Als gemeinnütziger Verein finanzieren wir uns zu einem großen Teil aus Spendengeldern und sind auch auf Ihre Unterstützung angewiesen. Nur dadurch können wir uns auch in Zukunft für den Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität von Menschen am Ende ihres Lebens und ihrer Angehörigen einsetzen.

Unterstützen Sie uns, ob als Mitglied oder über eine Spende. Nutzen Sie hierfür die nächsten Seiten oder besuchen uns online:



# Wir freuen uns über Spenden auf unser Spendenkonto:

### **Christophorus Hospiz Verein**

Bank für Sozialwirtschaft IBAN DE23 3702 0500 0009 8555 00 BIC BFSWDE33XXX

Für Ihre Spende an unseren gemeinnützigen Verein stellen wir Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung aus. Bitte geben Sie dazu Ihre vollständige Adresse an.

### Meine Unterstützung

	Ich möchte Mitglied werden und dadurch den Christophorus Hospiz Verein unterstützen.				
0	80,– € jährlicher Beitrag				
0	40,– € ermäßigter Beitrag für Schüler, Studenten, Arbeitslose und Rentner				
0	, ,– € freiwillig höherer Betrag				
	Für Ihre Mitgliedschaft benötigen wir Ihre vollständigen Daten auf der Rückseite.				
	Ich unterstütze den CHV durch eine Spende von €				
0	einmalig O monatlich				
0	vierteljährlich O halbjährlich O jährlich				
	Für die Ausstellung einer Spendenquittung benötigen wir Ihre vollständigen Daten auf der Rückseite.				
	<b>SEPA-Lastschriftmandat</b> Gläubiger-ID-Nr: DE64ZZZ00000014337 / Mandatsreferenz: wird seperat mitgeteilt				
0	Ich ermächtige den CHV, den Beitrag /die Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstiut an, die vom CHV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag wird einmal jährlich Ende Februar abgebucht.				
	Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.				
	Vor-/ Name(Kontoinhaber)				
	Straße, HausNr.				
	PLZ, Ort				
	Kreditinstitut				
	DE				
	BIC				
	Ort Datum				
	Unterschrift				
Ο	Ich überweise den Mitgliedsbeitrag für das Kalenderjahr jeweils <b>bis Ende Februar</b> . Eine Spendenbescheinigung erhalte ich unaufgefordert.				
	it meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, die r die Spenden- und Mitgliederverwaltung erforderlich sind, elektronisch erfasst und verarbeitet werden.				
0	ort Datum				
U	nterschrift				

⇒ Bitte hier abtrennen.