



# Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Evangelischen Hospiz- und Palliativ-Verein Darmstadt e.V.

ab dem .....

**Jährlicher Beitrag für Privatpersonen (mindestens) 40 Euro,**

gerne dürfen Sie auch einen anderen Beitrag Ihrer Wahl ankreuzen:

50 Euro    60 Euro    70 Euro    80 Euro

anderer Beitrag .....

**für Institutionen mindestens 100 Euro**

anderer Beitrag .....

Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich in voller Höhe absetzbar.

Bis 200 € genügt der Kontoauszug als Beleg.

Auf Wunsch stellen wir Ihnen gerne eine Zuwendungsbescheinigung aus.

.....  
Name / Vorname

.....  
Einrichtung / Verband / Institution      Konfession

.....  
Straße / Hausnummer

.....  
Postleitzahl / Ort      Telefon / Fax

.....  
Geburtsdatum      E-Mail

.....  
Datum / Unterschrift

Wir bitten darum, für die Zahlung des Mitgliedbeitrages einen Dauerauftrag  
zum Februar jeden Jahres einzurichten. Damit helfen Sie uns, den Verwaltungs-  
aufwand gering zu halten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter.

**Bankverbindung: Volksbank Darmstadt**  
**IBAN: DE49 5089 0000 0061 3428 00**