

Bitte dieses Formular idealerweise am PC ausfüllen, ausdrucken und an die Hospizhilfe senden bzw. faxen (**Fax: 0421-32 40 74**) **Bitte die Unterschrift nicht vergessen**

An die
Hospizhilfe Bremen e.V.
Außer der Schleifmühle 35/37
28203 Bremen

Ja, ich möchte **Fördermitglied** bei der Hospizhilfe werden

Ja, ich möchte die Hospizhilfe durch eine **Spende** unterstützen

Vorname Name:	Geb.-Datum:
Straße Hausnr.:	
PLZ Ort:	
Telefon:	Mobiltelefon:
Fax:	E-Mail:

Ich möchte den Betrag **selber überweisen** auf das Konto 12 26 48 26 bei der Sparkasse Bremen (BLZ 290 501 01)

Einmalig Euro

Jährlich Euro

Monatlich Euro

Ich erteile der Hospizhilfe die **Einzugsermächtigung**,

Einmalig

Monatlich

Jährlich am (Datum):

den Betrag von Euro

von meinem Konto

Bank

abzubuchen.

BLZ

Kontoinhaber

Datum:

xUnterschrift: