



Ich möchte die Arbeit des St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. unterstützen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon/Handy

E-Mail

- ☐ Ja, ich bin einverstanden, dass Sie mich per E-Mail über Neuigkeiten, Termine und Ankündigungen des St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. informieren

Meine E-Mail-Adresse darf nur für diesen Zweck verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

- ☐ Ja, ich möchte Mitglied im St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. werden (Mindestjahresbeitrag 15 EUR).

Wir freuen uns über Ihre Spende, bitte beachten Sie:

Für Spenden unter € 300,00 genügt es, bei der Steuererklärung dem Finanzamt durch Vorlage des Einzahlungsbelegs/des Kontoauszugs die Spende nachzuweisen.

Sie helfen uns, den Verwaltungsaufwand zu reduzieren, wenn Sie diese Form nützen. Danke!

- ☐ Ich möchte mich ehrenamtlich im St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. engagieren. Bitte nehmen Sie mit mir Kontakt auf.

Einzugsermächtigung

- ☐ Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag (Mindestjahresbeitrag 15 EUR) jährlich auf das Konto bei der LIGA Bank Augsburg (IBAN: DE39 75090300 0000 117277 / BIC: GENODEF1M05) an den St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. und gebe es auf der Überweisung an, wenn ich eine Spendenquittung wünsche.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass der St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V. meinen Mitgliedsbeitrag (Mindestjahresbeitrag 15 EUR) inkl. Spende in Höhe von gesamt

_____EUR erstmals zum _____ und dann jeweils jährlich zum 1. März von meinem nachfolgenden Konto abbucht.

Spendenquittung: ☐ ja ☐ nein

Bank

BIC

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift