

# Patenschaft

## Formular für die Übernahme einer Patenschaft zur regelmäßigen Unterstützung des



Ich möchte die Arbeit der ehrenamtlichen Trauerbegleiter/innen des Hospiz Ibbenbüren e.V. unterstützen und übernehme eine Patenschaft für den „Treffpunkt Trauer“.

**Firma/Verein:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, HausNr:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Mein Beitrag in Höhe von:** \_\_\_\_\_ € pro Jahr oder \_\_\_\_\_ € pro Monat

überweise ich auf folgendes Konto bei der Kreissparkasse Steinfurt:

IBAN DE90 4035 1060 0000 0251 06

Empfänger: Hospiz Ibbenbüren e.V.

**Verwendungszweck: Patenschaft Treffpunkt Trauer**

**Beginn der Patenschaft:** \_\_\_\_\_

**Dauer der Patenschaft:** \_\_\_1Jahr \_\_\_5 Jahre \_\_\_bis auf Widerruf

Ich kann meine Patenschaft jederzeit beenden oder verlängern.

Mit der Namensveröffentlichung bin ich/sind wir \_\_\_ einverstanden \_\_\_ nicht einverstanden

Spendenbescheinigung erwünscht: \_\_\_ja \_\_\_nein

Ich möchte regelmäßig Informationsmaterial erhalten: \_\_\_ja \_\_\_nein

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_