Hospiz Ibbenbüren e.V. – Seeweg 4 – 49479 Ibbenbüren – Tel: 05451-893720

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: ___1 Jahr ___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_____