



## Mitgliedschaft / Spende

**Ich möchte / wir möchten die Arbeit des Elisabeth-Hospizvereins Dachau e.V. unterstützen**

als Mitglied \* (Jahresbeitrag mind. € 35.-, Partner 20 € )  
wahlweise  35 €  50 €  75 €  ..... €

mit einer einmaligen Spende in Höhe von ..... €

Ich bin mit der jährlichen Abbuchung des Jahresbeitrags / mit der einmaligen Abbuchung der Spende einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

\*) Beitragsermäßigung ist auf Antrag möglich.

|                |  |  |           |  |  |              |  |  |
|----------------|--|--|-----------|--|--|--------------|--|--|
| Name           |  |  | Vorname   |  |  | Geburtsdatum |  |  |
| Name (Partner) |  |  | Vorname   |  |  | Geburtsdatum |  |  |
| Straße         |  |  | PLZ Ort   |  |  | Tel.         |  |  |
| Bank           |  |  | Konto-Nr. |  |  | BLZ          |  |  |
| IBAN           |  |  | BIC       |  |  | e-mail       |  |  |

### Bankverbindungen:

#### Volksbank Raiffeisenbank Dachau e.G.

Konto-Nr. 47465  
BLZ 700 915 00  
IBAN: DE86 7009 1500 0000 0474 65  
BIC: GENO DE F1 DCA

#### Sparkasse Dachau

Konto-Nr.: 620224006  
BLZ: 700 515 40  
IBAN: DE45 7005 1540 0620 2240 06  
BIC: BYLA DE M1 DAH