

## BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich möchte Mitglied des Vereins Kinderhospiz Netz werden.**

Familienname _____	Vorname _____	Titel _____
Adresse _____	PLZ _____	Ort _____
Tel _____	E-mail _____	

Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 20,- Euro per Erlagschein und eine freiwillige Spende von \_\_\_\_\_ Euro ein (Zahlschein wird einmal jährlich zugesandt).  
IBAN: AT23 2011 1825 4479 3000, BIC: GIBAATWW

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten im Sinne der Ziele des Kinderhospiz Netz verwendet werden.

ja  nein

Ich habe Interesse an einer ehrenamtlichen Mitarbeit im Verein.

ja  nein

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_