

Ich möchte die Arbeit des Kasseler Hospital e.V. unterstützen:

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb.-Datum (frei.): _____

Ich möchte ehrenamtliche/r Begleiter/in
werden; bitte informieren Sie mich
genauer.

Ich möchte Mitglied des Vereins
werden.

Bitte ziehen Sie meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe
von € (Mindestbeitrag 30 € jährlich) von
meinem Konto ein:

Bankinstitut: _____

Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum _____

Unterschrift _____

Ich möchte spenden und überweise den
Betrag auf das Spenden-Konto des
Vereins bei der Kasseler Sparkasse:

IBAN: DE78 5205 0353 0001 0565 16

BIC: HELADEF1KAS

Bitte senden Sie mir nach Eingang des Geldes
eine Spendenbescheinigung zu.

Ihre personenbezogenen Daten werden vom Verein gemäß der europäischen
Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und dem deutschen Datenschutzrecht (BDSG)
ausschließlich für die Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft verwendet.

**Kasseler Hospital e.V.
Bergmannstraße 30
34121 Kassel**