



Patientenschutzorganisation  
Deutsche Hospiz Stiftung

**Gern per Fax oder per Brief an:**

Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung <b>Geschäftsstelle Dortmund</b> Europaplatz 7 44269 Dortmund Fax: 02 31 / 73 80 73 – 1	Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung <b>Informationsbüro München</b> Baldestr. 9 80469 München Fax: 089 / 20 20 81 – 11	Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung <b>Informationsbüro Berlin</b> Chausseestr. 10 10115 Berlin Fax: 030 / 2 84 44 84 - 1
--	--	---

**Ja, ich bin für Patientenschutz und werde Fördermitglied.**

Sie bestimmen Ihren Mitgliedsbeitrag selbst:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft<br>(Mindestbeitrag pro Jahr 42 €) | <input type="checkbox"/> Ehe- / Lebensgemeinschaft<br>(Mindestbeitrag pro Jahr 2 x 36 €) |
| <input type="checkbox"/> jährlich pro Person ____ €                             | <input type="checkbox"/> monatlich pro Person ____ €                                     |
| <input type="checkbox"/> halbjährlich pro Person ____ €                         | <input type="checkbox"/> pro Quartal pro Person ____ €                                   |

Vorname Name:	Geb. Datum:
Vorname Name: (ggf. Ehe-/Lebenspartner)	Geb. Datum:
Straße Hausnr.:	
PLZ Ort:	
Telefon:	Telefon mobil:
Fax:	E-Mail:

Sie erhalten jährlich zu Jahresbeginn eine steuerabzugsfähige Spendenbescheinigung.

Ich wünsche eine individuelle Beratung zum **Service Patientenverfügung**.

Hiermit ermächtige ich den Förderverein der Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Bank:	BLZ:
Kontoinhaber:	Kontonummer:

Ort, Datum, Unterschrift(en)