HOSPIZGRUPPE
solothurn

Mitgliedschaftserklärung

Ich/wir möchte/n die Hospizarbeit unterstützen und erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zur Hospizgruppe Solothurn als Mitglied/er*

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

Vorname (Name) des Ehepartners (bei Familienmitgliedschaft) _____

Strasse _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Beruf _____ Telefon _____

Ort, Datum _____ Unterschrift/en _____

Mein/unser Mitgliedsbeitrag beträgt Fr. _____

Die jährlichen Mindestbeiträge:	Einzelperson	Fr. 40.-
	Ehepaare	Fr. 70.-
	Juristische Personen	Fr. 120.-

* “Die Mitgliedschaft bezieht sich auf ein Kalenderjahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.“

Hospizgruppe Solothurn - Postfach 221 - 4503 Solothurn - 079 912 47 77
www.hospizgruppe-so.ch - info@hospizgruppe-so.ch