

Antragsteller:

Name, Vorname

Geburtsdatum (Angabe freiwillig)

Straße, Hausnr.

Telefon

PLZ

Ort

E-Mail

An
Kasseler Hospital e.V.
- Hospizdienst am Palliativzentrum Nordhessen -
Bergmannstraße 30
34121 Kassel



Mitgliedserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum "Kasseler Hospital e.V."

- Ich möchte die ehrenamtliche Hospizarbeit des Kasseler Hospital e.V. durch meine Mitgliedschaft und meinen Jahresbeitrag in Höhe von € _____ (mindestens € 30,-) unterstützen.
- Ich interessiere mich für die Mitarbeit als ehrenamtliche/r Begleiter/in.
- Ich bin auch an sonstiger ehrenamtlicher Mitarbeit im Verein interessiert.

Meinen Jahresbeitrag

- bitte ich per Lastschrift (auf Widerruf) vierteljährlich / halbjährlich / jährlich
(nicht Zutreffendes bitte streichen!) von meinem Konto einzuziehen:

IBAN: _____ BIC: _____

- werde ich bei Fälligkeit auf das Spenden- und Beitragskonto des Verein überweisen:
IBAN: DE 78 5205 0353 0001 0565 16 BIC: HELADEF1KAS

- Für die Dauer meiner aktiven ehrenamtlichen Tätigkeit im Verein möchte ich vom Mitgliedsbeitrag befreit werden.

Ort, Datum

Unterschrift

(Für Ihre Beiträge oder Spenden erhalten Sie spätestens zu Beginn des Folgejahres eine Spendenbescheinigung.)

Das "Kasseler Hospital e.V.", Hospizdienst am Palliativzentrum Nordhessen, ist wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und -pflege nach dem letzten uns zugegangenen **Freistellungsbescheid des Finanzamts Kassel I, St.Nr. 26 250 83501 vom 17.03.2015** nach § 5 (1) 9 des Körperschaftssteuergesetzes von der Körperschaftsteuer und nach § 3 (6) des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit.