

**Hospizbewegung Gera e.V.**  
**Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst**

Christian-Schmidt-Str.15, 07545 Gera  
E-Mail: [hospiz-gera@freenet.de](mailto:hospiz-gera@freenet.de)

Telefon: 0365/71286540  
Handy: 0151/70530882

**Aufnahmeantrag**

Ich/wir beantrage/n die Aufnahme in die Hospizbewegung Gera e.V. als ordentliches /förderndes Mitglied.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf/Tätigkeit:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon/Handy/E-Mail:

---

(Nachfolgende Zeilen bitte nur ausfüllen, wenn es sich bei Ihnen um eine juristische Person, z.B. Unternehmen, Kommune oder einen Verein handelt)

Bezeichnung/Name der juristischen Person:

Anschrift/Sitz der juristischen Person:

Ansprechpartner/in:

Telefon/ Mail:

---

Der *Mitgliedsbeitrag* beträgt nach der aktuellen Beitragsordnung **24,00 Euro** im Jahr, ermäßigt für *Rentner* **18,00 Euro**.

Für *juristische Mitglieder* beträgt der Beitrag **60,00 Euro** pro Jahr.

Es erfolgt kein Beitragseinzug seitens der Hospizbewegung Gera e.V., der Mitgliedsbeitrag ist bis zum **31.03. des** laufenden Geschäftsjahres zu überweisen.

Bankverbindung: Volksbank Gera IBAN: **DE11 8309 4454 0361 2076 02**

Mit dem unterschriebenen Aufnahmeantrag erkenne ich/wir die Satzung der Hospizbewegung Gera e.V. an.

---

Ort/Datum

Unterschrift