

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich widerruflich die  
**Hospizbewegung Herford e.V.** meine Spende  
von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Bankinstitut \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Der Beitrag wird jährlich zum 01.06. eingezogen.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt in  
einem frankierten Briefumschlag an:

Hospizbewegung Herford e. V.  
Auf der Freiheit 13 - 15  
32052 Herford

## HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V.

Auf der Freiheit 13-15  
32052 Herford

Tel.: (052 21) 5 51 05

Fax: (0 52 21) 99 87 18

E-Mail: [info@hospiz-herford.de](mailto:info@hospiz-herford.de)

Web: [www.hospiz-herford.de](http://www.hospiz-herford.de)

### Sie können uns im Büro erreichen:

Mo, Di, Mi, Fr 9.00 Uhr - 11.00 Uhr

Do 15.00 Uhr - 17.00 Uhr

und nach telefonischer Vereinbarung.

Unser Anrufbeantworter wird regelmäßig  
abgehört.

In dringenden Notfällen und Begleitanfragen  
können Sie uns unter der Nummer  
0157 / 34422214 erreichen.

### Ansprechpartnerinnen:

Dr. Kerstin Volland

Susanne Dieckmann

### Spenden bitte auf das Konto:

Hospizbewegung Herford e.V.

Sparkasse Herford

IBAN DE23 4945 0120 0104 0069 78

BIC WLAHDE44XXX



**HOSPIZBEWEGUNG HERFORD e.V.**

# Wer wir sind

- Die Hospizbewegung Herford ist ein **gemeinnütziger Verein** und arbeitet **überkonfessionell**.
- **Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** bereiten sich in intensiven Ausbildungskursen auf ihre verantwortungsvolle Aufgabe vor.
- Sie unterliegen der **Schweigepflicht**.
- Es sind Menschen aus **unterschiedlichen Berufen** und **Altersgruppen**.
- Die Begleitung ist für Sie **kostenfrei** und nicht an eine Mitgliedschaft gebunden.
- Die Hospizbewegung Herford finanziert sich durch **Spenden**.

**ZIEL DER AMBULANTEN HOSPIZARBEIT  
IST ES, STERBENDEN MENSCHEN IN  
VERTRAUTER UMGEBUNG EIN LEBEN IN  
WÜRDE ZU ERMÖGLICHEN.**

# Was wir tun

- Wir **begleiten** schwerkranke und sterbende Menschen und ihre Angehörigen.
- Wir **unterstützen** und **entlasten** Angehörige und Pflegende.
- Wir nehmen uns **Zeit**, um dazubleiben, miteinander zu reden, zu **zuhören**, vorzulesen oder zu **schweigen**.
- Wir begleiten Sie auch in der **Zeit der Trauer**.
- Wir **arbeiten ergänzend** zu anderen **unterstützenden Diensten**.

## Sie können uns helfen:

- durch Ihre **aktive** oder **passive Mitgliedschaft**
- durch **ehrenamtliche Mitarbeit**
- durch Ihre **Spende**

# Mitgliedschaft

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Bitte zutreffendes ankreuzen

- Ich möchte Mitglied werden.
- Ich unterstütze die Ziele der Hospizbewegung mit einer freiwilligen Spende von \_\_\_\_ € jährlich.
- Ich überweise den Betrag auf das Konto der **Hospizbewegung e. V.** bei der Sparkasse Herford  
IBAN DE23 4945 0120 0104 0069 78  
BIC WLAHDE44XXX
- Ich möchte den Betrag abbuchen lassen. (Bitte die Einzugsermächtigung ausfüllen.)
- Hiermit willige ich ein, dass mir die Hospizbewegung Herford e.V. Informationen übersendet und zu diesem Zwecke die erforderlichen Daten erhebt, verarbeitet und nutzt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_