

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.: 0 52 21/ 5 51 05
Mobil: 0157 / 34 42 22 14

E-Mail: info@hospiz-herford.de
Web: www.hospiz-herford.de

Telefonisch können Sie uns erreichen:

Mo - Fr 9:00 Uhr - 18:00 Uhr

Unser Anrufbeantworter wird regelmäßig
abgehört.

Persönliche Termine bitte nach telefonischer
Vereinbarung.

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 _____