



# Hospizgruppe Goldach

Dasein | Begleiten | Unterstützen

## BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM VEREIN «HOSPIZGRUPPE GOLDACH»

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_

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

Mitgliedschaft Fr. 25.– pro Jahr

Ich bin einverstanden, dass Fotos / Bilder von öffentlichen Veranstaltungen (wie z.B. HV, usw.) auf der Website veröffentlicht werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_