



*Hospiz-Initiative  
Espelkamp e.V.*

Ambulante Begleitung  
im Altkreis Lübbecke

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur

### **Hospiz-Initiative Espelkamp e.V.**

Ambulante Begleitung im Altkreis Lübbecke

- als aktives Mitglied
- als passives Mitglied

Name: \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

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

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