

## Aufnahmeantrag

*Ich beantrage die Aufnahme in den  
Verein „Hospiz Mainspitze e.V.“*

---

Vorname

Name

---

Straße

---

PLZ

Ort

---

Geburtsdatum

---

Telefon

---

E-Mail-Adresse

---

Vorname

Name

---

Geburtsdatum

---

Ort

Datum

Unterschrift

---

Ort

Datum

Unterschrift

Jahresbeitrag mind. 60 €

Ehepaare/ Partnerschaften mind. 100 € oder  
nach Selbsteinschätzung \_\_\_\_\_ €