

## Beitrittserklärung

- Ja**, ich/wir werde/n Mitglied im Verein Sterbehospiz Solothurn.

Mit dem Beitritt erkläre ich mich/wir uns bereit, den Verein jährlich mit

- einem Mindestbeitrag von CHF 40.- als Einzelmitglied, bzw.  
 einem Mindestbeitrag von CHF 60.- als Paarmitglied

zu unterstützen

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Email-Adresse:

---

Strasse, Nr.:

---

PLZ und Ort:

---

Telefon:

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---

### Bitte ausgefüllt an:

Verein Sterbehospiz  
4552 Derendingen  
oder per Email an  
info@hospiz-solothurn.ch

## Beitrittserklärung

- Ja**, ich/wir werde/n Mitglied im Verein Sterbehospiz Solothurn.

Mit dem Beitritt erkläre ich mich/wir uns bereit, den Verein jährlich mit

- einem Mindestbeitrag von CHF 40.- als Einzelmitglied, bzw.  
 einem Mindestbeitrag von CHF 60.- als Paarmitglied

zu unterstützen

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Email-Adresse:

---

Strasse, Nr.:

---

PLZ und Ort:

---

Telefon:

---

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---

### Bitte ausgefüllt an:

Verein Sterbehospiz  
4552 Derendingen  
oder per Email an  
info@hospiz-solothurn.ch