



## 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