

# Hospizpatenschaft

Jeder Mensch wird einmal sterben. Und jeder Mensch soll hospizliche Hilfe in Anspruch nehmen können, wenn er sie benötigt. Dafür setzen wir uns ein.

Jeden Tag wenden sich Menschen mit der Bitte an uns, sie auf dem schweren Weg am Ende ihres Lebens zu begleiten. Wir helfen diesen Menschen in dieser Zeit.

Hierzu haben wir uns in der Satzung unseres gemeinnützigen Vereins Hospizbewegung Brandenburg verpflichtet.

Mit Ihrer Patenschaft helfen Sie uns dabei, die vom Gesetzgeber verlangten 5% Eigenanteil durch Spenden zu erreichen.

## *Der Vorstand*

Brandenburg an der Havel im November 2025

---

**Bitte senden Sie Ihre Patenschaftserklärung an die**



**Hospiz-Bewegung Brandenburg gem. e.V.  
Frau Manuela Lindner  
Bauhofstraße 48  
14776 Brandenburg an der Havel**

---

**E-Mail: [info@hospizbewegung-brandenburg.de](mailto:info@hospizbewegung-brandenburg.de)  
Telefon: 03381.89095-13  
[www.hospizbewegung-brandenburg.de](http://www.hospizbewegung-brandenburg.de)**

# Hospizpatenschaft

Ja, ich möchte durch meine Patenschaft die Hospiz-Bewegung dauerhaft unterstützen.

Firma \_\_\_\_\_

Privat  Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Dazu überweise ich auf folgendes Spendenkonto:

- Empfänger: Hospiz-Bewegung Brandenburg e.V.  
Mittelbrandenburgische Sparkasse Potsdam  
IBAN: DE06 1605 0000 3601 0202 02  
BIC: WELADED1PMB
- Empfänger: Hospiz Bewegung BRB  
Brandenburger Bank  
IBAN: DE89 1606 2073 0000 0004 34  
BIC: GENODEF1BRB

Dazu erteile ich Ihnen die Genehmigung zu Lasten meines Kontos:

Kontoinh. \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

IBAN DE\_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

eine wiederkehrende Summe in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

bis auf Widerspruch  monatlich  vierteljährlich  
 halbjährlich  jährlich

Spendenquittung:  am Jahresende ausstellen  
 sofort ausstellen  
 keine

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Zwecke der Kontakt- aufnahme und Auftragserfüllung gem. Artikel 6 Absatz 1 lit a/b Datenschutz- grundverordnung (DSGVO) erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen werden kann. Die Datenschutzerklärung unter <https://www.hospizbewegung-brandenburg.de/datenschutzerklaerung/> habe ich zur Kenntnis genommen.