

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

Telefon: 03381.89095-13

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 Kontaktaufnahme und Auftragserfüllung gem. Artikel 6 Absatz 1 lit a/b Datenschutzgrundverordnung (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.

Datum, Ort

Unterschrift