

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ökumenischer Hospizverein
Vorderer Odenwald e.V.
Vorstand
Saint-Péray-Str. 9
64823 Groß-Umstadt



Hiermit möchte ich dem Ökumenischen Hospizverein
Vorderer Odenwald e.V. als Mitglied beitreten.

Die Beitragssätze je Kalenderjahr sind z. Z. wie folgt:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 60,00 Euro
- 30,00 Euro für Schüler, Auszubildende, Arbeitslose,
Rentner, Familienangehörige von Mitgliedern
- 130,00 Euro Mindestbeitrag für juristische Personen.

Die Abbuchung des Jahresbeitrages erfolgt im Laufe des
jeweiligen Beitragsjahres. Der Verein verfolgt ausschließlich
und unmittelbar gemeinnützige Zwecke. Der Mitgliedsbei-
trag ist steuerlich in voller Höhe absetzbar: als Beleg ge-
nügt der Kontoauszug.

Datenschutz: Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr
ernst. Wir behandeln Ihre personenbezogenen Daten vertraulich und ent-
sprechend der gesetzlichen Datenschutzvorschriften. Die von uns erhobenen
Daten werden ausschließlich für interne Belange des Vereins genutzt.



KONTAKT



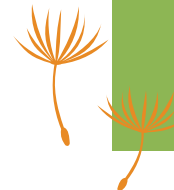
vlnr.: Anja Schnellen, Agnes Thorn,
Anna-Luise Steiger, Bärbel Fischer,
Nadine da Silva

Wir sind für Sie da!
Auch am Wochenende
und an Feiertagen.
Tel.: 06078 759047

Der Ambulante Hospizdienst Vorderer
Odenwald befindet sich in Trägerschaft der
Gesellschaft für diakonische Einrichtungen
GFDE in Darmstadt. Das Angebot der GFDE
umfasst stationäre und ambulante Pflege,
Service Wohnen, Tagespflege sowie einen
ambulanten Hospizdienst an 25 Standorten
mit rund 2.000 Mitarbeitenden. **Mehr zur
GFDE erfahren Sie unter: www.gfde.de.**



Ambulanter Hospizdienst
Vorderer Odenwald
St.-Péray-Straße 9
64823 Groß-Umstadt
Tel.: 06078 759047
hospizdienst@gfde.de
hospizdienst-odenwald.gfde.de
gfde.de



Gemeinsam
für Sie da!

Ambulanter Hospizdienst
Palliativberatung
Beratung zur
Patientenverfügung
Trauerbegleitung

In Kooperation mit:

Ökumenischer
Hospizverein
Vorderer Odenwald e.V.

AMBULANTER HOSPIZDIENST
VORDERER ODENWALD  

LIEBEVOLL. EINFÜHLSAM. UNTERSTÜTZEND.
DER AMBULANTE HOSPIZDIENST VORDERER ODEN-
WALD IST IHR VERLÄSSLICHER BEGLEITER IN HERAUS-
FORDERNDEN LEBENSITUATIONEN. WIR STEHEN
IHNEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN IN ZEITEN
SCHWERER ERKRANKUNG UND AM ENDE DES
LEBENS ZUR SEITE, UM IHNEN TROST, UNTERSTÜT-
ZUNG UND MENSCHLICHE NÄHE ZU SCHENKEN.



Wir glauben fest daran, dass jeder Mensch das Recht auf ein würdevolles Sterben hat und betrachten den Tod sowie das Trauern als natürliche Bestandteile unseres Lebensweges.

Unsere Angebote stehen allen Betroffenen und ihren Angehörigen unabhängig von Alter, Herkunft, religiöser Überzeugung und sexueller Orientierung kostenfrei zur Verfügung. Möglich wird dies durch unsere qualifizierten ehrenamtlichen Hospizhelfer*innen und Trauerbegleiter*innen, die sich im Hospizverein Vorderer Odenwald e.V. engagieren.

Neben Sterbe- und Trauerbegleitung organisiert der Verein eine Kindertrauerwerkstatt, verschiedene Beratungen, Schulungen und sorgt für die Qualifizierung unserer ehrenamtlichen Mitarbeitenden.

Weitere Informationen über den Verein finden Sie unter:
www.hospizverein-vorderer-odenwald.de.

ANGEBOT UND LEISTUNGEN

- **Wir unterstützen und begleiten Sie sowie Ihre An- und Zugehörigen** bei schwerer Krankheit und in der letzten Lebensphase – zu Hause und in stationären Einrichtungen (Senioren- und Pflegeheim, Kreisklinik Groß-Umstadt).
- **Wir beraten** zu palliativer Versorgung, stellen Kontakt zu anderen Diensten her und zeigen Hilfsmöglichkeiten auf.
- **Wir informieren** über Patientenverfügungen.
- **Wir entlasten** Angehörige mit stundenweiser Betreuung.
- **Wir begleiten** Sie in Ihrer Trauer.

UNSERE EINSATZGEBIETE

Babenhäusen, Eppertshausen, Dieburg, Schaafheim, Groß-Zimmern, Groß-Umstadt, Reinheim. Otzberg-Lengfeld, Groß-Bieberau, Brensbach, Fränkisch-Crumbach und Reichelsheim.



Name (Kontoinhaber): _____
Vorname: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ Wohnort: _____
Geburtsdatum: _____
Telefon/Handy: _____
E-Mail-Adresse: _____

Ja, ich möchte den Hospizvereins-Newsletter

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Ökumenischen Hospizverein Vorderer Odenwald e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ökumenischen Hospizverein Vorderer Odenwald e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kreditinstituts: _____
BIC: _____
IBAN: _____
Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE25ZZZ00000043945