

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem **Förderverein Hospiz am Meer e.V.** Mit der Mitgliedschaft erkenne ich die Satzung an. Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich mindestens 40 € für Privatpersonen, 30 € ermäßigt für Rentner und Studenten, ab 100 € für Organisationen und ist im Jahr des Beitritts und anschließend jeweils zum 31.03. jeden Jahres fällig.

Ich leiste jährlich einen Beitrag von:
 40 € 30 € 100 € 200 € 300 €
oder €
Ich spende zusätzlich einmalig €

Vor- und Zuname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Datum/Unterschrift



SCHIRMHERRSCHAFT

*Der Norder Schriftsteller
Klaus-Peter Wolf ist Schirmherr
unseres Fördervereins
Hospiz am Meer e.V.*



„Gern bin ich bereit, meinen Namen und meine Popularität für eine so wertvolle Sache einzusetzen.“

Spendenkonto

IBAN: DE 04 2835 0000 0145 4027 98

BIC: BRLADE21ANO Sparkasse Aurich-Norden
(Spendenbescheinigungen können ausgestellt werden.)

Bitte nehmen Sie Kontakt zu uns auf!

Förderverein Hospiz am Meer e.V.

☎ 0170 – 300 13 09

E-Mail: info@hospiz-norden.de

Adresse Hospiz

Elf Dimt 22 | 26524 Hage

Aktuelle Veranstaltungen finden Sie auf ...

www.hospiz-norden.de

und unserer Facebookseite unter
www.facebook.com/hospiznorden



*„Wir schaffen Raum für würdevolles
Leben bis zum letzten Augenblick.“
im „Hospiz am Meer“*

Wir brauchen Ihre Hilfe!

© Photographree.eu | fotolia





© Photographee.eu | fotolia



UNSERE ZIELE

Jeder schwerkranke Mensch hat ein Anrecht auf ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben bis zum letzten Augenblick. Ein Hospiz kann diesem Anspruch gerecht werden und zugleich den Angehörigen den Abschied erleichtern.

Das Hospiz am Meer schließt eine Versorgungslücke zwischen der ambulanten Hospiz- und Palliativarbeit und der Versorgung im Krankenhaus.

Das Hospiz geht auf die Bedürfnisse von schwerstkranken und sterbenden Menschen und deren Zugehörigen ein.

Nicht alle entstehenden Kosten werden von den Kranken- und Pflegekassen übernommen. Daher sind wir auf Spenden angewiesen.

Unser Verein verfolgt ausschließlich mildtätige Zwecke und kann entsprechende Spendenbescheinigungen ausstellen.

Wir danken für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung.

HOSPIZARBEIT BEDEUTET

- Sterben ist ein Teil des Lebens
- fachlich kompetente medizinische, pflegerische und psycho-soziale Versorgung auf hohem Niveau
- eine wertschätzende Haltung in der Begleitung Sterbender und Trauernder
- Schmerztherapie, Palliativversorgung, ehrenamtliche Begleitung und Betreuung
- Angehörige werden in den Prozess des Abschiednehmens mit einbezogen
- kurze Anfahrtswege für Angehörige
- Raum für Trauer und Trauerbegleitung



DAS STATIONÄRE HOSPIZ

Das Hospiz ist eine Einrichtung mit freundlicher Atmosphäre und hellen, großzügigen Räumlichkeiten, die eine fachgerechte palliativ pflegerische Versorgung der Gäste ermöglicht.

Es stehen neun Einzelzimmer und ein Angehörigenzimmer zur Verfügung. In Absprache kann ein Familienzimmer eingerichtet werden.

Wir leben stärkende Gemeinschaft, die durch das Ambiente, ein Kaminzimmer und einen Gemeinschaftsraum gefördert wird.



„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“

Cicely Saunders
(Begründerin der modernen



SEPA-Lastschriftmandat

Name/Anschrift des Zahlungsempfängers:

Förderverein Hospiz am Meer e.V.,
Elf Dimt 22, 26524 Hage, Deutschland

Ich ermächtige / wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unsrem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart:

- Wiederkehrende Zahlung
 Einmalige Zahlung

Gläubiger-Identifikationsnummer _____
(vom Verein auszufüllen)

Kreditinstitut _____

BIC _____

DE _____
IBAN _____

Kontoinhaber (Vor- und Zuname) _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

Mandatsreferenz _____
(wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt):