

Vereinbarung zur Mitgliedschaft



Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Vorname: _____

PLZ/ Ort: _____

Straße: _____

e – Mail: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

meine Mitgliedschaft im Verein „Palliativ-Care Förderverein“ als

aktives Mitglied passives Mitglied / Fördermitglied.

Die Satzung und die Ziele des Vereins erkenne ich an.

Mein Mitgliedsbeitrag (jährlich 24,00 Euro)

wird jährlich überwiesen

soll durch jährliches Einzugsverfahren abgebucht werden.

Kontoinhaber: _____

Konto Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Palliativ-Care Förderverein e.V. - Bahnhofstr. 15 - 29614 Soltau - Tel: 05191/ 3591
1. Vorsitzender Dr. Albrecht Werner - 2. Vorsitzender Dr. Roland Heitmann

Bankverbindung: Volksbank Lbg. Heide e.V. - BLZ 240 603 00 - Konto Nr. 2414 272700
IBAN: DE39 2406 0300 2414 2727 00 - BIC: GENODEF1NBU

foerderverein@palliativnetz-heidekreis.de