

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)

soll durch jährliches Einzugsverfahren abgebucht werden.

Kontoinhaber: _____

IBAN: DE _____

Geldinstitut: _____

Ort / Datum

Unterschrift

Palliativ-Care Förderverein e.V. - Postfach 1160 - 29601 Soltau - Tel: 05161 602 1421
1. Vorsitzender Dr. Roland Heitmann - 2. Vorsitzende Dr. Claudia Hölzenbein

Bankverbindung: Volksbank Lüneburger Heide eG
IBAN: DE39 2406 0300 2414 2727 00 - BIC: GENODEF1NBU
foerderverein@palliativnetz-heidekreis.de