

Förderverein Palliativmedizin
z. Hd. Frau Dr. Merwe Carstens
Kronsfordter Allee 71-73
23560 Lübeck



Beitrittserklärung

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Ort _____

E-Mail Adresse _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Förderverein Palliativmedizin e.V.“.
Der Jahresbeitrag von 20,- € wird am Anfang des Jahres durch Bankeinzug entrichtet,
eine Einzugsermächtigung hierzu wird erteilt.

IBAN _____

BIC _____

Name der Bank _____

Die mir bekannt gegebene Vereinssatzung erkenne ich hiermit an.
Die Mitgliedsverpflichtungen, insbesondere zur Beitragszahlung, werde ich erfüllen.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift _____