

MITGLIEDSANTRAG

Ich beantrage die Mitgliedschaft im
Palliativnetz im Landkreis Verden e.V.

Name/Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. und Fax _____ / _____

Mail _____

Mitgliedschaft ab _____

als aktives Mitglied

als förderndes Mitglied

Jahresbeitrag **30,00 € (Person)**
 150,00 € (Institution)

Ort/Datum

(Unterschrift)

Einzugsermächtigung

Der Mitgliedsbeitrag von jährlich 30,00 € / 150,00 € ist bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber/in _____

Bank _____

Konto-Nr. _____

BLZ _____

BIC _____

IBAN _____

Ort/Datum

(Unterschrift)