

## MITGLIEDSANTRAG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum *Palliativförderverein Hand in Hand e. V.*

Der Jahresbeitrag (bitte ankreuzen) beträgt:

- Mitgliedsbeitrag: 40,00 €  
 freiwilliger Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Palliativförderverein Hand in Hand e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Palliativförderverein Hand in Hand e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

### **Persönliche Daten**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### **Ort, Datum, Unterschrift:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der genannten E-Mail Adresse oder im Internet zu Verfügung. Den ausgefüllten Mitgliedsbeitrag schicken Sie bitte an die angegebene Adresse.

### **Kontakt**