

## Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Palliative-Care Region Segeberg/Stormarn e.V.**

Ich möchte aktives / passives Mitglied werden (nichtzutreffendes bitte streichen).

Der Jahresbeitrag beträgt: 24€ (Privatperson), 60€ (Institutionen). **Nicht zutreffendes bitte Streichen.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf / Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ Telefon abends: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_



### **Palliative - Care Region Segeberg/Stormarn e.V.**

Klosterkamp 19, 23795 Bad Segeberg, Tel: 04551/9082905, Fax: 04551/9084248

info@palliative-care-segeberg-stormarn.de

**Bankverbindung: Sparkasse Südholstein Konto 15162407, BLZ 230 510 30**

**Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift**

Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos

Nr.....

bei der .....

(Name des Geldinstitutes)

einziehen.

Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

..... den.....

(Ort)

(Datum)

.....

Unterschrift