



*Förderverein für
Palliativmedizin
Kiel e.V.*

Förderverein für
Palliativmedizin Kiel e.V.
Arnold-Heller-Straße 3 / Haus R 3
24105 Kiel

Beitrittserklärung

Wenn Sie die wichtige Arbeit zur Förderung der Palliativmedizin unterstützen möchten, füllen Sie bitte die Beitrittserklärung zum „Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V.“ aus, und schicken Sie sie bitte an die oben angegebene Adresse.

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt € 60,-. Liegt der Eintrittstermin in der zweiten Jahreshälfte, ermäßigt sich der Beitrag für das laufende Jahr um die Hälfte. Der Jahresbeitrag ist jeweils im Juni fällig.

Wenn Sie kein Mitglied werden möchten, würden wir uns auch über eine Spende freuen.

Ich bin an näherem Informationsmaterial zur Palliativstation Kiel interessiert.

Ich unterstütze den Förderverein für Palliativmedizin mit einer einmaligen Spende. (Sollten Sie eine Spendenbescheinigung benötigen, bitte unbedingt den Absender auf der Überweisung angeben.)

Spendenkonto: Kieler Volksbank eG
IBAN: DE02 2109 0007 0090 9777 00
BIC: GENODEF1KIL

Ich unterstütze die Idee der Palliativmedizin und möchte die Palliativstation besichtigen. Ich bin unter folgender Telefonnummer zu erreichen:

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den „Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V.“, den Jahresbeitrag von meinem Konto abzubuchen.

Name / Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Telefon

Fax

Email

Ort, Datum, Unterschrift

Name / Vorname

Geldinstitut

IBAN

Ort, Datum, Unterschrift

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der „Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V.“ die von mir angegebenen Daten zu Verwaltungszwecken elektronisch speichert.

Ort, Datum, Unterschrift