



*Förderverein für  
Palliativmedizin  
Kiel e.V.*

## Kündigung

Hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft im Förderverein für Palliativmedizin Kiel e.V.

zum \_\_\_\_\_.

Kündigungsgrund (optional): \_\_\_\_\_

Angaben zum Mitglied:

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

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Ich bitte um schriftliche Bestätigung meiner Kündigung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

(Ort, Datum, Unterschrift)

### **Auszug aus der Vereinssatzung:**

§ 6 Beendigung der Mitgliedschaft

2. Der Austritt ist gegenüber dem Vorstand schriftlich zu erklären. Er ist jeweils zum Jahresende mit einer Frist von drei Monaten zulässig.