



Förderverein der Palliativversorgung am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gebäude O24, 2. Stock foerdervereinpalliativ@uke.de
Martinstraße 52 Tel: +49 (0) 1512 8829385
20246 Hamburg Fax: +49 (0) 40 7410 - 40232

Beitrittserklärung Förderverein der Palliativversorgung am UKE e. V.

Ich erkläre meinen Beitritt in den Förderverein der Palliativversorgung am UKE e.V. als förderndes Mitglied.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Eintrittsdatum: _____

Der Mitgliedsbeitrag liegt im Ermessen des Mitglieds, sollte aber mindestens **30 €/ Jahr** betragen.

Ich möchte den Förderverein mit folgendem jährlichen Betrag unterstützen: _____ €

- Ich überweise den oben genannten Mitgliedsbeitrag jeweils bis zum 31. März des laufenden Mitgliedsjahres
- Ich ermächtige den Förderverein zum Einzug des Mitgliedsbeitrages (Anlage SEPA-Lastschriftmandat)

Datum, Unterschrift



Förderverein der Palliativversorgung am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gebäude O24, 2. Stock
Martinstraße 52
20246 Hamburg

foerdervereinpalliativ@uke.de
Tel: +49 (0) 1512 8829385
Fax: +49 (0) 40 7410 - 40232

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001418057

Mandatsreferenznummer: _____ (wird vom Verein ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich den Förderverein der Palliativversorgung am UKE e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich möchte den Förderverein mit folgendem jährlichen Betrag unterstützen:

_____ €

(Der Mitgliedsbeitrag liegt im Ermessen des Mitglieds, sollte aber mindestens **30 €/ Jahr** betragen.)

Name, Vorname des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift