



Förderverein zur Unterstützung der  
Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg  
Förderverein der Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf  
Gebäude O24, 2. Stock  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Tel.: 040-7410-23021  
Fax: 040-7410-58841

foerderevereinpalliativ@uke.de  
www.palliativ-hamburg.de

## Beitrittserklärung Förderverein Palliativmedizin am UKE e.V.

Ich erkläre meinen Beitritt in den Förderverein Palliativmedizin 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 Euro / Jahr** betragen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Förderverein zur Unterstützung der  
Palliativmedizin am Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf e.V.

Vorstandsvorsitzende:  
Dr. Dr. h.c. Jürgen Lühje (1. Vorsitzender)  
Dr. Behrend Behrends  
Carsten Nordbrock

Bankverbindung:  
Hamburger Sparkasse  
BLZ: 200 505 50  
Konto: 1345100026  
IBAN: DE31200505501345100026  
BIC: HASPDE3333



Förderverein zur Unterstützung der  
Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg  
Förderverein der Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-  
Eppendorf  
Gebäude O24, 2. Stock  
Martinistr. 52  
20246 Hamburg

Tel.: 040-7410-23021  
Fax: 040-7410-58841

foerderevereinpalliativ@uke.de  
www.palliativ-hamburg.de

## SEPA- Lastschrift-Mandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001418057

Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ (wird vom Verein ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich den Förderverein Palliativmedizin am UKE e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Palliativmedizin 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 dem folgenden jährlichen Betrag unterstützen:

\_\_\_\_\_ €

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

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
IBAN- Nr.

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Name der Bank

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Förderverein zur Unterstützung der  
Palliativmedizin am Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf e.V.

Vorstandsvorsitzende:  
Dr. Dr. h.c. Jürgen Lütjhe (1.Vorsitzender)  
Dr. Behrend Behrends  
Carsten Nordbrock

Bankverbindung:  
Hamburger Sparkasse  
BLZ:200 505 50  
Konto:1345100026  
IBAN: DE31200505501345100026  
BIC:HASPDEHXXX