



Förderverein zur Unterstützung 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

Mail: foerderevereinpalliativ
@uke.uni-hamburg.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 €/ Jahr** betragen.

Datum, Unterschrift



Förderverein zur Unterstützung der
Palliativmedizin am UKE e.V.

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

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

Mail: foerdervereinpalliativ
@uke.uni-hamburg.de

www.palliativ-hamburg.de

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE46ZZZ00001418057

Mandatsreferenznummer: _____ (wird vom Verein ausgefüllt)

Hiermit ermächtige ich den 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 folgenden jährlichen Betrag unterstützen:

_____ €

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

Name, Vorname des Kontoinhabers

Ich möchte den Mitgliedsbeitrag selbst
überweisen

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift