



Förderverein zur Unterstützung der
Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gebäude O24, 2. Stock
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Tel.: +49 (0) 1512 8829385
Fax: +49 (0) 7410-40232
foerderevereinpalliativ@uke.de
www.palliativ.de

Beitrittserklärung Förderverein Palliativmedizin am UKE e. V.

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

Vorname

Nachname

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. Januar des laufenden Mitgliedsjahres

Ich ermächtige den Förderverein zum Einzug des Mitgliedsbeitrages
(siehe zweite Seite: Anlage SEPA-Lastschriftmandat)

Datum, Unterschrift



Förderverein zur Unterstützung der
Palliativmedizin am UKE e.V.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gebäude O24, 2. Stock
Martinistraße 52
20246 Hamburg

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

Vorname des Kontoinhabers

Nachname des Kontoinhabers

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum, Unterschrift