

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

Förderverein für das Palliativzentrum und Kinderpalliativzentrum der Universitätsmedizin Göttingen e.V.

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

- 20,-- Euro (Mindestbeitrag)
- 30,-- Euro
- 50,-- Euro
- _____ Euro

entrichte ich auf das Konto: „Förderverein Palliativzentrum Göttingen e.V.“

IBAN: DE52 2605 0001 0000 1200 06 (Sparkasse Göttingen)

Datum und Unterschrift (Mitgliedschaft)

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein für das Palliativzentrum und Kinderpalliativzentrum der Universitätsmedizin Göttingen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein für das Palliativzentrum und Kinderpalliativzentrum der Universitätsmedizin Göttingen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: _____

Konto (IBAN): DE __ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Name und Anschrift

Datum und Unterschrift (SEPA Lastschriftmandat)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE19ZZZ00000424099. Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Bitte dieses Formular schicken an: **Förderverein für das Palliativzentrum und
Kinderpalliativzentrum der Universitätsmedizin Göttingen e.V.**
Dr. Jan Rennieke (Vorsitzender)
Robert-Koch-Str. 2
37075 Göttingen