

Förderverein Palliativmedizin
Heidenheim e.V.
Schlesienstraße 10
89518 Heidenheim

Beitrittserklärung

Förderverein Palliativmedizin Heidenheim e.V.

- Ja, ich möchte Mitglied werden!**
Den Mitgliedsbeitrag werde ich bis jeweils zum 31.03. jedes Jahres überweisen.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

- Der Beitrag von 50,00 Euro pro Kalenderjahr soll von meinem Konto abgebucht werden.**

Bank: _____

IBAN: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Aktive ehrenamtliche Mitarbeit

- Ich bin an einer aktiven ehrenamtlichen Mitarbeit interessiert und bitte um Informationen über die verschiedenen Mitwirkungsmöglichkeiten für aktive Mitglieder.

Datum

Unterschrift