

Aufnahmeantrag

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Palliativnetz Tecklenburger Land e.V. als

<input type="radio"/> aktives Mitglied	<input type="radio"/> Fördermitglied
<input type="radio"/> natürliche Person	<input type="radio"/> Institution

Name und Vorname (Institution)

(bei Institutionen auch Ansprechpartner)

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Telefon und ggf. Fax,

E-Mail

Datum und Unterschrift

Die Satzung und die Ziele des Vereins erkenne ich an.

Es wird kein Mitgliedsbeitrag erhoben.

Die Verarbeitung und Speicherung persönlicher Daten dient ausschließlich Zwecken des Vereins, eine Weitergabe erfolgt nicht.

Die Satzung wird Ihnen auf Wunsch gerne zugesandt, z.B. per E-Mail.

Ein freiwilliger Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € wird

- jährlich überwiesen (Kreissparkasse Steinfurt, BLZ 40351060, Kto.-Nr.: 73593725, IBAN: DE88 4035 1060 0073 5937 25 BIC: WELADED1STF Kontoinhaber: Palliativnetz Tecklenburger Land e.V.
- soll durch jährliches Einzugsverfahren abgebucht werden.

ggf Einzugsermächtigung: Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Geldinstitut: _____

Ort / Datum Unterschrift

Danke für Ihren Beitritt. Wir freuen uns über Ihre Unterstützung. Spenden sind uns jederzeit herzlich willkommen und freuen uns sehr. Sie erhalten nach Eingang der Spende / des Mitgliedsbeitrages eine Spendenquittung.