

Mitgliedsantrag

Ich trete als förderndes Mitglied dem Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V. bei:

Titel/Vorname/Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Jährlicher Mindestbeitrag 25 Euro - Ich setze meinen Jahresbeitrag auf _____ € fest.

Datum, Unterschrift

Erteilung SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber(falls abweichend): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige den Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Palliativmedizin am Universitätsklinikum Regensburg 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.

Datum, Unterschrift