



MITGLIEDSANTRAG

Ich/wir trete/n dem Verein Ich/wir trete/n dem Verein PALLIARE e.V. als Mitglied bei

JAHRESBEITRAG

(bitte zutreffendes ankreuzen)

30,00 € - Einzelmitgliedschaft

Ich zahle gern einen höheren Mitgliedsbeitrag von € 

Name / Vorname / Firma

Straße / Hausnummer


PLZ / Ort

Telefon Email

Mein/unser Mitgliedsbeitrag wird von mir/uns erstmals am

und künftig bis spätestens 30. März eines jeden Jahres auf das Konto des Vereins PALLIARE e.V. überwiesen.

Ort, Datum Unterschrift

PALLIARE e.V. . c/o Die Bürgerstiftung Offenbach / 63069 Offenbach am Main / Jacques-Offenbach-Strasse 22 **Kontakt** Telefon: 069 / 840 004 180 / FAX: 069 / 840 004 181 / E-Mail: info@palliare.org / Web: www.palliare.org **Bank** Städtische Sparkasse Offenbach / Spendenkonto: 193097  IBAN: DE64 5055 0020 0000 1930 97 / BIC: HELADEF 1 OF **Vereinsregister** Amtsgericht Offenbach VR 5852



FÖRDERVEREIN ZU GUNSTEN SCHWERSTKRANKER PATIENTEN
DER PALLIATIVMEDIZIN AM SANA KLINIKUM OFFENBACH EV.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Name / Vorname / Firma

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort 

Telefon

Email

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, meinen Jahresbeitrag ab

In Höhe vonEuro von meinem Konto abzubuchen.

Bankinstitut.....

IBAN BIC

Ort, Datum Unterschrift