

# Mitgliedschaft

Pallicura e.V. –  
Verein zur Förderung der Palliativ- und Hospizversorgung



Bitte senden oder faxen Sie das **vollständig** ausgefüllte Formular an:

Pallicura e.V.  
Zielheimer Straße 19 a  
92421 Schwandorf / Klardorf

Tel.: 09431 / 79 04 871  
Fax: 09431 / 79 04 872  
Email: [info@pallicura.de](mailto:info@pallicura.de)  
Web: [ev.pallicura.de](http://ev.pallicura.de)

## Aufnahmeantrag

Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> als <b>Privatperson</b> : 12,- € jährlicher Mitgliedsbeitrag <input type="checkbox"/> als <b>Einrichtung / Unternehmen</b> : 60,- € jährlicher Mitgliedsbeitrag <input type="checkbox"/> als <b>Fördermitglied</b> : _____ € selbst bestimmter jährlicher Mitgliedsbeitrag.
	<input type="checkbox"/> Ich möchte ehrenamtlich aktiv im Förderverein mitarbeiten. <input type="checkbox"/> Ich möchte passives Mitglied werden. <input type="checkbox"/> Ich möchte Fördermitglied werden. <small>Pallicura e.V. ist durch das Finanzamt Cham als gemeinnützig anerkannt. Spenden und Mitgliedsbeiträge sind daher steuerlich absetzbar.</small>
Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Unternehmen	
Straße, HNr.	
Postleitzahl, Ort	
Telefon, Telefax	
Email	

## Zahlung

<b>Einzugsermächtigung / SEPA-Verfahren</b> Ich ermächtige Pallicura e.V. widerruflich, den von mir zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Pallicura e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. <small>Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich Pallicura e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.</small>			
Kontonummer		Bankleitzahl	
IBAN	DE ____   ____   ____   ____   ____   ____		
BIC	____   ____		
Kreditinstitut			

Ort, Datum

Unterschrift