

# Beitrittserklärung

z.B. per Fax an (0 72 21) 5 50 07 oder 6 33 55  
oder Mail an: [Mailto@Freundeskreis-Palliativ-Kinder.de](mailto:Mailto@Freundeskreis-Palliativ-Kinder.de)



Nachname(n): \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich/wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt  
zum Freundeskreis Palliativ Kinder e. V.

Mein/ unser Jahresbeitrag beträgt ..... €  
(mind. 20 € pro Einzelmitgliedschaft;  
35 € pro Paarmitgliedschaft).

Die Kündigung ist jährlich zum 31.12. möglich.

## SEPA Lastschrift Mandant:

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis  
widerruflich, die von mir zu entrichtende  
Beitragszahlung bei Fälligkeit zu Lasten  
meines Kontos per Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN / Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift