

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab dem  20   
meinen Beitritt zum

### Förderverein Palliativmedizin Raphaelsklinik e.V.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Mein aktueller Jahresbeitrag soll  Euro  
(Mindestbeitrag: 24 €/Jahr) betragen und kann bis auf  
Widerruf von meinem unten angegebenen Konto per  
Lastschrift eingezogen werden.

- **Eine einmalige Spende** in Höhe von  Euro  
kann von meinem Konto per Lastschrift eingezogen  
werden (bitte ankreuzen bzw. ggfs. streichen).

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

### Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins:  
DE27FPR00001120706

Ich ermächtige den Förderverein Palliativmedizin  
Raphaelsklinik e.V. Münster, Zahlungen wiederkehrend  
von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein  
auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 1. Februar  
jeden Jahres fällig.

**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.

Kontoinhaber

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Email-Adresse

Kreditinstitut

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers



**Hier können Sie in Kürze direkt online spenden!**

