

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich / wir melde/n mich / uns an als

Einzel /Privatperson

gemeinnützige/r Organisation
und Verein

Juristische Person, Körperschaft
oder Institution

Jährlicher Mindestbeitrag 50,00€

Die Satzung des Vereins ist mir bekannt.

Firma/Institution: _____
Name, Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
E-Mail: _____ Internet: _____

Den Jahresmitgliedsbeitrag überweise ich im 1. Quartal des jeweiligen Jahres an:

Palliativnetz Stadt und Kreis Offenbach e.V.

Deutsche Kreditbank Berlin, BLZ 120 300 00, Kontonummer: 100 378 59 77

Ich bin damit einverstanden, als Partner auf der Internetseite des Palliativnetzes unter folgender Rubrik genannt zu werden:

- Hospizdienste
- stationäre Hospize
- Pflegedienste
- Pflegeheime
- Wohlfahrtsverbände
- Ärzte
- Krankenhäuser
- Psychologen
- Seelsorger, Kirchliche Einrichtungen
- Sanitätshäuser, Hilfsmittelbedarf
- Apotheken
- Rechtsberatung
- Ernährungsberatung

Link, falls erwünscht:

www. _____

Ich möchte als passives Mitglied geführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift