

## Beitrittserklärung

Hiermit trete ich / wir dem PN-MZ (Palliativnetzwerk Mainz) bei und stimme den Statuten in der Fassung vom 22.01.2009 zu.

---

Stempel

Unterschrift

Ansprechpartner:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

---

Stempel

Unterschrift

Datum

**Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtigen wir bis auf Widerruf, den Jahres-Beitrag in Höhe von derzeit 18,00 EURO, von unserem Konto

bei der (Name der Bank) \_\_\_\_\_, IBAN: \_\_\_\_\_, abzubuchen.

Die Abbuchung erfolgt immer zum 01. April des Jahres.