



## PalliMed - Ortenau e.V. Aufnahmeantrag-aktives/passives Mitglied

Ärztlicher palliativmedizinischer Arbeitskreis im  
onkologischen Schwerpunkt der Ortenau e.V.

**Ich möchte Mitglied des ärztlichen palliativmedizinischen Arbeitskreises im onkologischen Schwerpunkt der Ortenau e.V. (PalliMed e.V.) werden.**

Nachname: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Ich wünsche die Aufnahme als:  aktives Mitglied ( $\geq 20$  Euro jährlich)  
 passives Mitglied ( $\geq 20$  Euro jährlich)

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich \_\_\_\_\_ Euro.

Hiermit erteile(n) ich/wir die Erlaubnis den Betrag von folgendem Konto einzuziehen.  
Die Abbuchung erfolgt nach Antragsstellung bzw. im März der folgenden Jahre.

IBAN: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

PalliMed Ortenau e.V.

Erste Vorsitzende: Dr.med. Kirsten Slottko, Rappengasse 6a, 77731 Willstätt

Tel.: 07852 5689, EMail [kirsten-slottko@t-online.de](mailto:kirsten-slottko@t-online.de)

Postanschrift: PalliMed Ortenau e.V. Horst Gaiser, Im Weiertsfeld 15, 77948 Friesenheim

Bankverbindung: Sparkasse Ortenau, IBAN: DE06664500500004849470

Homepage: [www.pallimed-ortenau.de](http://www.pallimed-ortenau.de)