



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 (≥ 20 Euro jährlich)
 passives Mitglied (≥ 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

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

Bankverbindung: Sparkasse Ortenau, IBAN: DE06664500500004849470

Homepage: www.pallimed-ortenau.de