

PALLIATIV NETZ IM KREIS HÖXTER E.V.



Beitrittserklärung

Name: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Institution: _____

Hiermit erkläre ich meine Beitritt zum PALLIATIV NETZ IM KREIS HÖXTER E.V.
als **assoziiertes Mitglied**
oder
als **Vollmitglied**

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt:

12,00 Euro für Einzelpersonen
oder
30,00 Euro für Institutionen

Ort...../..... Datum / Unterschrift.....

Der Mitgliedsbeitrag kann abgebucht werden:

IBAN: _____

Bank: _____

Ort...../..... Datum / Unterschrift.....