

PALLIATIVE CARE NETZ

im Kreis Höxter



Beitrittserklärung

Name:

Adresse:

e-Mail:

Telefon:

Institution:

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum PALLIATIVE CARE NETZ im Kreis Höxter
als assoziiertes Mitglied**

oder

als **Vollmitglied**

Der Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt:

12,00 Euro für Einzelpersonen

oder

30,00 Euro als Institution

Ort / Datum / Unterschrift.....

Der Mitgliedsbeitrag kann abgebucht werden:

Konto-Nummer:

Bankleizahl:

Bank:

Ort / Datum / Unterschrift.....