

Pro Palliativ Allgäu e.V.  
Bischof-Freundorfer-Weg 21  
87439 Kempten (Allgäu)

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

**Ich möchte Pro Palliativ Allgäu e.V., Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Allgäu, als Mitglied beitreten.**

Meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag kann ich frei wählen. Er beträgt mindestens 20 Euro pro Jahr.

**Mein Mitgliedsbeitrag beträgt**

**Euro pro Jahr.**

**Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf das Konto des Fördervereins Pro Palliativ Allgäu e.V.,**  
Sparkasse Allgäu · IBAN DE63 7335 0000 0516 0680 53 · BIC BYLADEM1ALG

**Ich wünsche eine Abbuchung per SEPA Basis Lastschrift Mandat** und ermächtige  
den Förderverein Pro Palliativ Allgäu e.V., Bischof-Freundorfer-Weg 21, 87439 Kempten (Allgäu)  
(Gläubiger-ID DE30ZZZ00002525891), Beitragszahlungen von meinem Konto einzuziehen.  
Ich weise zugleich mein Kreditinstitut an, diese Zahlungen einzulösen.

Die Mandatsreferenz wird mir schriftlich mitgeteilt.

**Vorname, Name des Antragstellers:**

**Straße, Hausnummer:**

**PLZ, Ort:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Vorname, Name des Kontoinhabers:**

**Name des Kreditinstituts:**

**IBAN:**

**BIC:**

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Ich benötige eine Spendenbescheinigung.**

Datum

Unterschrift