



VEREIN ZUR
Förderung der Palliativmedizin
AM KRANKENHAUS ST. ELISABETH UND ST. BARBARA e.V.

SIE MÖCHTEN MITGLIED WERDEN?

KONTAKTADRESSE: Heinrich-Heine-Str. 1
| 06114 Halle/Saale

E-MAIL: info@palliativmedizin-halle.de
| www.palliativmedizin-halle.de

BANKVERBINDUNG & Spendenkonto bei der
Saalesparkasse Halle/Saale

IBAN DE61 8005 3762 1900 0040 00
SWIFT-BIC NOLADE21HAL

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied des Vereins zur Förderung der Palliativmedizin am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara e.V. Halle/Saale.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____ Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

DER AKTUELLE JAHRESBEITRAG BETRÄGT 60,00 €.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)