

Mitgliedsantrag

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Fachrichtung: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Bundesland: _____

KV-Bereich: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich beantrage:

**Die ordentliche Mitgliedschaft im Berufsverband der Palliativmediziner in
Westfalen- Lippe e.V.
Mitgliedsbeitrag 120 € / Jahr**

**Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezugspreis für die 4 x jährlich erscheinende
Zeitschrift „Ambulante Schmerztherapie und Palliativmedizin“ enthalten.**

Einzugsermächtigung (obligatorisch)

Gleichzeitig erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag widerruflich durch Lastschrift von meinem Konto eingezogen wird.

Meine Bankverbindung lautet:

Name des Geldinstitutes:

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Tel: 0251 - 1625662

Fax: 0251 - 1625670