

**Bitte ausgefüllt an:**

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.  
Aachener Str. 5  
10713 Berlin

**Antrag auf Fördermitgliedschaft im  
Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V.**  
- natürliche Person -

Hiermit beantrage ich

---

Name, Vorname

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Ort

---

E-Mailadresse

die Fördermitgliedschaft im Deutschen Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV), um die Arbeit des DHPV zu unterstützen.

Die Satzung sowie die Beitragsordnung des DHPV habe ich erhalten und erkenne sie an.  
Der Jahresbeitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 75,00 (Stand: Okt. 2010) und ist im Januar jeden Jahres fällig.

Ich zahle folgenden Mitgliedsbeitrag bitte ankreuzen bzw. Betrag angeben:

75,00 Euro Mindestbeitrag

höherer Beitrag \_\_\_\_\_ Euro

---

Ort, Datum

Unterschrift

.....  
Wir würden uns freuen, wenn Sie dem DHPV eine Einzugsermächtigung/SEPA Lastschriftmandat erteilen würden. Die DHPV Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE72ZZZ00001180521.

Ich ermächtige den DHPV e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom DHPV e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt. Das SEPA-Lastschriftmandat kann ich jederzeit widerrufen.

**Bankverbindung**

IBAN: DE

BIC:

---

Geldinstitut:

Kontoinhaber

---

Datum, Unterschrift