

**Verein zur Förderung der palliativen  
Versorgung und ethischen Beratung am  
Klinikum Stadt Soest e.V.  
Senator- Schwartz- Ring 8**

**59494 Soest**

### **Beitrittserklärung**

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein zur Förderung der palliativen Versorgung und ethischen Beratung am Klinikum Stadt Soest e. V.**

**Ich werde einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von  
€ 25  €30  € 50  oder € \_\_\_\_\_ entrichten (Mindestbeitrag 25 €)**

auf das Kto. 6004683 Sparkasse Soest BLZ 41450075

Ich wünsche eine Spendenquittung

### **Einzugsermächtigung :**

**Hiermit ermächtige ich den Verein zur Förderung der palliativen Versorgung und ethischen Beratung am Klinikum Stadt Soest e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto abzubuchen.**

\_\_\_\_\_  
**Name/ Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Geldinstitut**

\_\_\_\_\_  
**Straße / Nr.**

\_\_\_\_\_  
**BLZ**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

\_\_\_\_\_  
**Konto- Nr.**

\_\_\_\_\_  
**Fax**

**Die Abbuchung soll  jährlich  ½ jährlich erfolgen**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**Email**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein zur Förderung der palliativen Versorgung und ethischen Beratung am Klinikum Stadt Soest e.V. die von mir angegebenen Daten zu Verwendungszwecken elektronisch speichert.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Unterschrift**