

**Antrag zur Mitgliedschaft
im
PalliativNetz Siegen-Wittgenstein-Olpe e.V.**

Bei Interesse füllen Sie diesen Aufnahmeantrag bitte vollständig aus und senden diesen an folgende Adresse:

PalliativNetz Siegen-Wittgenstein-Olpe e.V.
Sandstraße 140-144
D – 57072 Siegen

Anschließend erhalten Sie eine Jahresbeitragsrechnung in Höhe des Mindestbeitrags von 12,- €

Nach Eingang der Zahlung erhalten Sie als Mitglied des PalliativNETZ Siegen-Wittgenstein-Olpe e.V. die Vereinssatzung

Geschäftsführender Vorstand

Vorsitzende
Dr. med. Regina Mansfeld-Nies
FÄ für Anästhesiologie/
Spez. Schmerztherapie/
Palliativmedizin

Stellvertreter
Dr.med.Stephan Mönninghoff
FA für Allgemeinmedizin/
Palliativmedizin

Stellvertreter
Dr. med. Gottfried Schneider
FA für Anästhesiologie/
Spez. Schmerztherapie/
Palliativmedizin

Schriftführer
Rudolf Jansen
FA für Anästhesiologie/
Spez. Schmerztherapie/
Palliativmedizin

Schatzmeister
Beate Röhrich

Sandstraße 140-144
57072 Siegen

Tel 0271 405 700 11
Fax 0271 405 700 12

info@palliativnetz-siegen-
wittgenstein-olpe.de

www.palliativnetz-siegen-
wittgenstein-olpe.de

Vereins-/ Spendenkonto
Sparkasse Siegen
IBAN
DE 52 460500010047007984
BIC
WELADED1SIE

Eingetragen im Vereinsregister
des Amtsgericht Siegen: VR
2981
Anerkennung der
Gemeinnützigkeit des Vereins :
Finanzamt Siegen
Steuer-Nr. 342/5926/3904

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in das PalliativNetz Siegen-Wittgenstein-Olpe e.V. und erkenne die Satzung und die Beitrittsordnung an.

Name/ Vorname/Titel: _____

Geb. am _____ in: _____

Wohnort/ PLZ/ Str: _____

Telefon: _____ FAX: _____

Email: _____

Hiermit bevollmächtige ich das PalliativNETZ Siegen-Wittgenstein-Olpe e.V. widerruflich, den Mindestjahresbeitrag von 12,- € zuzüglich eines

Zusatzbeitrags von _____ € von folgendem Konto abzubuchen:

Bank: _____

IBAN _____

BIC : _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: