

## Beitrittserklärung



Hiermit trete ich / wir dem PN-MZ (Palliativnetzwerk Mainz) bei und stimme den Statuten in der Fassung vom 25.2.2026 zu.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Stempel

Datum

Unterschrift

---

### **SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)**

Hiermit ermächtige ich das Palliativnetzwerk Mainz, c/o Mainzer Hospizgesellschaft, Im Niedergarten 18, 55124 Mainz, Gläubiger-Identifikationsnummer DE92ZZZ00000068638 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Palliativnetzwerk auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Jahresbeitrag beträgt z.Zt. 18,- €. Die Abbuchung erfolgt immer zum 01. April des Jahres.

Kontoinhaber/in (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC) DE \_\_\_\_\_

IBAN (8 oder 11 Stellen) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*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.*