



Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den
„Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm-Kreis e.V.“
und erkenne Satzung und Mitgliedsbedingungen an.**

Name	
Vorname	
Straße	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Tel. mobil	
E-Mail	
Beruf	
Tätigkeit	

Datum:

Unterschrift:

<p style="text-align: center;">Vorstand</p> <p><u>Vorsitzender:</u> Dr. med. Lothar Zeuner <u>Stellv. Vorsitzende:</u> Dr. med. Marion Brocke <u>Schriftführerin:</u> Sandra Schmidt <u>Kassenwart:</u> Monika Brandstädt</p>	<p style="text-align: center;">Gerichtsstand</p> <p style="text-align: center;">Amtsgericht Ilmenau</p> <p>Registrierzeichen: VR 120716</p>	<p style="text-align: center;">Verein zur Förderung der Palliativmedizin im Ilm- Kreis e.V.</p> <p style="text-align: center;"><i>Oehrenstöcker Straße 32 98693 Ilmenau</i></p> <p>E-Mail: kontakt@palliativ-verein.de Internet: www.palliativ-verein.de</p>	<p style="text-align: center;">Bankverbindung</p> <p>Kreditinstitut: Sparkasse ARN/IL Kontonummer: 10 100 230 86 Bankleitzahl: 840 510 10</p> <p>IBAN: DE75840510101010 023086 BIC: HELADEF1ILK</p>
---	---	--	--