



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE11ZZZ00001185402

Bitte per Fax oder per Brief an:

Geschäftsstelle Dortmund
Europaplatz 7
44269 Dortmund
Fax: 0231 738073-1

Informationsbüro München
Baldestr. 9
80469 München
Fax: 089 202081-11

Informationsbüro Berlin
Chausseestr. 10
10115 Berlin
Fax: 030 2844484-1

Ja, ich bin für Patientenschutz und werde Fördermitglied.

Vorname Name:	Geb.Datum:
Vorname Name: (ggf. Ehe-/Lebenspartner)	Geb.Datum:
Straße Hausnr.:	
PLZ Ort:	
E-Mail:	Telefon:
Sie bestimmen die Höhe Ihres Mitgliedsbeitrags selbst!	
Einzelmitgliedschaft (ab 42 €/Jahr)	Partnermitgliedschaft (ab 2 x 36 €/Jahr)
<input type="checkbox"/> Ich bezahle ____ €/Monat	<input type="checkbox"/> Wir bezahlen ____ €/Monat
<input type="checkbox"/> Ich bezahle ____ €/Halbjahr	<input type="checkbox"/> Wir bezahlen ____ €/Halbjahr
<input type="checkbox"/> Ich bezahle ____ €/Jahr	<input type="checkbox"/> Wir bezahlen ____ €/Jahr
Sie erhalten jährlich zu Jahresbeginn eine steuerabzugsfähige Spendenbescheinigung.	

Hiermit ermächtige ich den Deutsche Stiftung Patientenschutz Förderverein e.V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutsche Stiftung Patientenschutz Förderverein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:	Bank:
IBAN*:	BIC*:

** hilfswise Bankleitzahl und Kontonummer*

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

Ich wünsche eine individuelle Beratung zum **Service Patientenverfügung**.

Ort, Datum, Unterschrift(en)