

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Krankenpflegeförderverein

- Lauffen
- Neckarwestheim
- Nordheim

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, den
Jahresbeitrag von zur Zeit 20,00 Euro bei Fälligkeit zu
Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift
einzuziehen.

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Kontoinhaber (falls nicht identisch mit dem Mitglied)

Gebühren, die dem Krankenpflegeförderverein durch Nichteinlösung
einer Lastschrift entstehen, gehen zu Lasten des Kontoinhabers.

Datum

Unterschrift