

BEITRITTSERKLÄRUNG

Bearbeiter:
Lara Wölfel
Bismarckstraße 7
72135 Dettenhausen
07157/126-43

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Hiermit erkläre(n) ich/wir

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

meinen/unseren Beitritt zum Krankenpflegeverein Dettenhausen e.V.

Datum

Unterschrift

Unterschrift

Sepalastschriftmandat

Hiermit erteile ich dem Krankenpflegeverein Dettenhausen e.V. den Auftrag, den jährlichen Beitrag in Höhe von 20,00 € (Familie 40,00 €) sowie die einmalige Aufnahmegebühr in gleicher Höhe von meinem / unserem Konto

IBAN: _____ bei der _____

BIC: _____ abzubuchen.

Unterschrift