

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein für ambulante Kranken- und Altenpflege Dietmannsried und Umgebung e.V.

Jahresbeitrag z. Zt. 11,- €

Adresse:

Name 1.....Geb-Dat..... Name.2.....Geb-Dat.....

Straße.....

Wohnort.....Tel.....

Beitragsbezahlung durch: BankeinzugÜberweisung

Barzahlung Dauerauftrag

.....,den

.....
Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen

Hiermit ermächtige (n) ich(wir) Sie widerruflich den von mir (uns) zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag an den Verein für ambulante Kranken- und Altenpflege Dietmannsried und Umgebung bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bankverbindung: Bankleitzahl

Kontonummer

Meine/ unsere genaue Anschrift:

Name(n)

Straße

Wohnort

.....
Unterschrift

Hier abtrennen, für Ihre Unterlagen

Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrags für den Verein f. ambulante Kranken- und Altenpflege Dietmannsried und Umgebung e.V. von meinem Konto

bei

Ausgestellt am.....

Bitte jede Kontoänderung der Station melden!