

Verein für ambulante Kranken- und Altenpflege  
Dietmannsried und Umgebung e.V.



## Beitrittserklärung

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

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit jährlich 11,00 € pro Person.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

- Beitragszahlung durch
- Bankeinzug  
(bitte SEPA-Lastschriftmandat ausdrucken)
  - Überweisung
  - Dauerauftrag

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten.

....., den .....

Ort

Datum

.....

Unterschrift