

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: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

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

Die Informationen zum Datenschutz habe ich erhalten.

....., den

Ort

Datum

.....

Unterschrift