



Beitrittserklärung

Ich/Wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt zum Krankenpflegeförderverein Vaihingen an der Enz e.V., Friedrichstraße 10, als

☐ Einzelmitglied Jahresbeitrag 16 €

☐ Ehepaar/Partner Jahresbeitrag 25 €

Antragsteller/in

Partner/in

Name _____

Vorname _____

Geburtstag _____

Straße _____

PLZ, Ort/Ortsteil _____

Telefon _____ Mail _____

Lastschriftmandat:

Ich/wir ermächtige/n den Krankenpflegeförderverein Vaihingen/Enz e.V. - bis auf Widerruf – den Jahresbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

IBAN: DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Datum: _____ Unterschrift: _____