

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt
zum Evang. Krankenpflegeverein Edigheim/Oppau/Pfingstweide e.V.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Telefon
------------------------------	---------

Familienangehörige: Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------------	---------	--------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem Konto

IBAN	BIC
------	-----

Name des Geldinstitutes

per Lastschrift eingezogen wird. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit ohne
Angaben von Gründen widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

(Der Beitrag ist steuerlich absetzbar.)