

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte dem Krankenpflegeverein Aidlingen beitreten und erkenne seine Satzung (einsehbar unter www.diakonie-aidlingen.de/krankenpflegeverein) an.

NAME _____

VORNAME _____

STRASSE, NR. _____

PLZ, ORT _____

GEBURTSDATUM _____

ORT, DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

Abbuchungsauftrag Mitgliedsbeitrag

- Über den Mindestbeitrag von 15 EUR/Jahr
 Gerne gebe ich freiwillig mehr: _____ EUR/Jahr

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Aidlingen, meinen Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf von meinem Bankkonto (erstmalig 14 Tage nach Datum der Auftragsbestätigung und die weiteren jährlichen Beitragszahlungen zum 15. Januar des laufenden Jahres) abzubuchen:

IBAN o. Konto _____

BIC o. BLZ _____

BANKINSTITUT _____

ORT, DATUM _____

UNTERSCHRIFT _____

Die Mitglieds- und Mandatsnummer sowie die Gläubigeridentifikationsnummer erhalten Sie mit der Mitgliedschaftsbestätigung.

Krankenpflegeverein Aidlingen

Mitglied werden!



Wir freuen uns sehr über neue Mitglieder!
Einfach Beitrittsklärung ausfüllen,
unterschreiben und absenden:

Krankenpflegeverein Aidlingen
Mitgliederverwaltung

Herrn Eberhard Stürner
Hinterhagstraße 32
71134 Aidlingen