



Beitrittserklärung

Ich/Wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt zum Krankenpflegeverein Vaihingen an der Enz e.V. als

- Einzelmitglied Jahresbeitrag 16 €
- Ehepaar/Partner Jahresbeitrag 25 €

Antragsteller/in

Partner/in

Name _____

Vorname _____

Geburtstag _____

Straße _____

PLZ _____

Ort/Ortsteil _____

Telefon _____ E-Mail _____

Lastschriftmandat:

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

Kontoinhaber _____

IBAN: DE _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

Datum: _____ Unterschrift: _____