

Beitrittserklärung zum Krankenpflegeverein Neckartailfingen/Altdorf e.V.

Name/Vorname

Geb.-Datum

Name der Ehepartners

Geb.-Datum

(Mitgliedschaft für beide ist möglich)

Straße/Wohnort

Telefon

Der Jahresbeitrag (von zur Zeit 15,- Euro) kann bis auf Widerruf von meinem Girokonto abgebucht werden.

Konto-Nr.

BLZ

Bankinstitut

Datum

Unterschrift

Absender:

Sie können Ihre Beitrittserklärung bei Ihrem zuständigen Rathaus, Pfarramt oder bei der Rechnerin abgeben.
Wenn Sie die Beitrittserklärung per Post senden, frankieren Sie diese bitte als Postkarte.

Bitte
ausreichend
frankieren.

**Krankenpflegeverein
Neckartailfingen/Altdorf e.V.
Pfarramt
Kirchstraße 6
72666 Neckartailfingen**