

An die
Ökumenische Sozialstation
Kirchenstrasse 16
67105 Schifferstadt

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein Schifferstadt und zahle
als Mitgliedsbeitrag jährlich 25, €

Name: _____

Vorname _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige meine Bank/Sparkasse

Name der Bank: _____ BLZ: _____

den Jahresbetrag von meinem Konto

Nr: _____ bis auf Widerruf abzubuchen.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)