

Evangelischer Krankenpflegeverein

c/o Stephan Dierschke
Am Römerweg 13
67105 Schifferstadt

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein Schifferstadt und zahle als Mitgliedsbeitrag jährlich 25 EUR.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: 67105 Schifferstadt

falls abweichend: _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige mein Kreditinstitut

Name: _____

den Jahresbetrag von meinem Konto

IBAN: _____

bis auf Widerruf abzubuchen.

Schifferstadt, den _____

Unterschrift: _____