

***Evangelischer Diakonissen- und Krankenpflegeverein
Mutterstadt e.V.***

Luitpoldstrasse 14, 67112 Mutterstadt

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein in Mutterstadt

Name: _____
Vorname _____
Strasse: _____
Wohnort: _____

Mutterstadt, den _____

Unterschrift

Abbuchungserklärung

Ich bin unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von jährlich 25,00 € von meinem u.a. Konto abgebucht wird.

Konto-Nr: _____
BLZ: _____
Bank: _____

Mutterstadt, den _____

Unterschrift