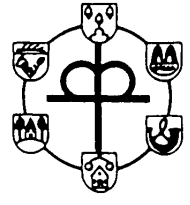


Verein zur Förderung der Alten- und Krankenpflege,
Nachbarschaftshilfe und Familienpflege
im Raum Bad Boll e. V.



Antrag zur Mitgliedschaft

Neuantrag Fortführen einer Mitgliedschaft Änderung

Angaben zur Person

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Angaben zum (Ehe-)Partner

Vor- und Nachname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Kontakt Daten (Angaben freiwillig)

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Beitragseinzug

Ich möchte den Beitrag jährlich bis zum 31.03. des Jahres überweisen. Eine Erinnerung daran durch den Krankenpflegeverein erfolgt nicht.

Bitte buchen Sie den Betrag von meinem/unserem unten genannten Konto ab. Dem SEPA-Basislastschriftmandat kann jederzeit widersprochen werden.

Kontoinhaber: _____

Bankinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift

Geschäftsstelle Krankenpflegeverein,
Erlengarten 1, 73087 Bad Boll

Bankverbindung

Kreissparkasse Göppingen
IBAN: DE38 6105 0000 0000 0755 54

BIC: GOPSDE6GXXX