

Krankenpflegeverein
T I E F E N B R O N N



Ich möchte die Arbeit des Krankenpflegevereins Tiefenbronn e.V. unterstützen und erkläre hiermit meinen Beitritt mit sofortiger Wirkung.

Jahresbeitrag: 15 € für Alleinstehende / 20 € für Familien

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname (Ehegatte)

Geburtsdatum

Anschrift

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Tiefenbronn e.V., den Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Tiefenbronn e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-ID: DE83ZZZ00001229793

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer

Fälligkeit: jeweils am 30.06. oder folgenden Bankarbeitstag

Kontoinhaber: _____ **Bank:** _____

IBAN: DE _____

BIC: _____ DE _____

Ort, Datum

Unterschrift