

# KrankenPflegeVerein Verwaltungsraum Althengstett e.V. - Sozialstation -

## Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung

Ich / Wir treten hiermit dem Krankenpflegeverein Verwaltungsraum Althengstett e.V. bei

Ich möchte künftig als Einzelmitglied geführt werden  
Jahresbeitrag (seit 01.01.2014): 26,00 €

Wir möchten als Familie geführt werden  
Jahresbeitrag (seit 01.01.2014): 39,00 €

zu unserem Haushalt gehören folgende Familienangehörige:

---

---

---

---

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen und eventuell Namen eintragen

**Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Krankenpflegeverein  
Verwaltungsraum Althengstett e.V., den Mitgliedsbeitrag mittels  
SEPA Basis Lastschriftverfahren einzuziehen**

IBAN:

BIC:

bei meiner Bank / Sparkasse:

in (Ort):

Wenn das Girokonto die erforderliche Deckung nicht aufweist,  
ist das kontoführende Institut nicht zur Einlösung verpflichtet.

Mein Name:

Meine Adresse:

Datum / Unterschrift:

Dieses Formular kann abgegeben werden bei:

- **den Bürgermeisterämtern bzw. Ortsverwaltungen**
- **dem Pflegepersonal**
- **der Geschäftsstelle, Bahnstraße 7, 75382 Althengstett**