

Absender:

Gerne auch per Fax 07134/980825 oder e-mail: stephan.franczak@eberstadt.de

**An den
Krankenpflegeförderverein Eberstadt
Geschäftsstelle, Herr Franczak
Hauptstr. 39**

74246 Eberstadt

Beitritt zum Krankenpflegeförderverein Eberstadt

Hiermit erkläre ich / wir meinen / unseren Beitritt zum Krankenpflegeförderverein Eberstadt.

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag von (Zutreffendes bitte ankreuzen)

7,50 € (Einzelperson)

12,50 € (Familie)

Bitte/n ich / wir zum Fälligkeitszeitpunkt von folgendem Konto abzubuchen:

Name der Bank

IBAN / Konto Nr.

BIC / BLZ

Eberstadt, den _____

Unterschrift