

BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Krankenpflegeverein Pliezhausen

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Pliezhausen zum	für mich		(15,00 €)*
	für mich und meine Familie		(20,00 €)*

* Jahres-Mitgliedsbeitrag, Stand: 01.10.2012,
bei Familienmitgliedschaft für im selben Haushalt wohnende
Ehe-/Lebenspartner sowie minderjährige Kinder

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Straße:			
PLZ, Ort:			
Telefon:		E-Mail:	
(Ort, Datum)		(Unterschrift)	

Bei Familienmitgliedschaft:	
Ehe-/Lebenspartner (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
Kind/Kinder (Name, Vorname, Geburtsdatum)	

Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat)	
<p>Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Pliezhausen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Pliezhausen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p><u>Hinweis:</u> Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Konto-Inhaber:	
Kreditinstitut:	
BIC:	
IBAN:	DE
(Ort, Datum)	
(Unterschrift)	

Bitte zurücksenden an:

**Krankenpflegeverein Pliezhausen
Harald Reichenecker
Birkenweg 3
72124 Pliezhausen**