

Ja, ich möchte Mitglied werden!

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den Jahresbeitrag von zur Zeit 24 € bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen.

Konto-Nr.

BLZ

Bank

Datum

Unterschrift

Bitte in einem frankierten Briefumschlag an die unten stehende Adresse senden, direkt bei uns einwerfen oder per Fax an 07131/252922.

Krankenpflegeverein Flein-Talheim e.V.
Heilbronner Straße 8
74223 Flein