Ja, ich möchte Mitglied werden!

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Flein-Talheim e. V. - Heilbronner Straße 8 - 74223 Flein, mit der Gläubiger ID: DE12ZZZ00000107423, widerruflich, den **Jahresbeitrag von derzeitig 33 €** bei Fälligkeit zu Lasten unten aufgeführten Kontos einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Krankenpflegeverein Flein-Talheim e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

D E

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

Unterschrift

Die Mandatsreferenz erhalten Sie mit unserem Bestätigungsschreiben.

Bitte in einem frankierten Briefumschlag an die untenstehende Adresse senden, direkt bei uns einwerfen oder per Fax an 07131/25 29 22.

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

Stand: November 2019