

## 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 derzeit 36 €** 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)

\_\_\_\_\_  
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, per Fax an 07131/25 29 22 oder an [info@diakoniestation-flein-talheim.de](mailto:info@diakoniestation-flein-talheim.de).

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