

Ja, ich möchte Mitglied werden!

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

E-Mail

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Flein-Talheim e. V. - Heilbronner Straße 8 - 74223 Flein, mit der Gläubiger ID: DE12ZZZ0000107423, widerruflich, den **Jahresbeitrag von derzeitig 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 | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y | Z

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.

Krankenpflegeverein Flein-Talheime.V.
Heilbronner Straße 8
74223 Flein