

Ja, ich möchte Mitglied werden!

Name, Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, den Jahresbeitrag von zur Zeit 27 € bei Fälligkeit zu Lasten folgenden Kontos einzuziehen.

IBAN

BIC

Bank

Datum

Unterschrift

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

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