

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied werden im:

Katholischen Ambulanten Krankenpflegeverein im Pfaffenwinkel e.V.

Zugspitzstraße 3, 82380 Peißenberg

Mein Beitrag soll durch Lastschrift eingezogen werden.

Hiermit ermächtige ich den

Katholischen Ambulanten Krankenpflegeverein im Pfaffenwinkel e.V.

meinen Beitrag in Höhe von € jährlich abbuchen zu lassen.

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung zur Abbuchung.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

Datum: Unterschrift:

Bitte senden an:

Kassiererin
Anne Hosse
Johann-Hirsch-Str. 6

82380 Peißenberg