



Beitrittserklärung zum Krankenpflegeverein Grafenau e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Grafenau e.V.:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Ort: _____

Meinen Jahresbeitrag von 22,00 € lasse ich widerruflich von folgendem Konto abbuchen:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Oder überweise bis März jeden Jahres auf das folgende Konto:

Kontoinhaber: Krankenpflegeverein e.V.
IBAN: DE09 6039 0000 0395 0981 06
BIC: GENODES1BBV

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

