

An den
Evang. Krankenpflegeverein Obermoschel e.V.
Moltkestraße 13
67823 Obermoschel

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im
Evangelischen Krankenpflegeverein Obermoschel e.V.

Vorname u. Familienname:.....

Geburtsdatum:.....

Vor- u. Familienname des Ehepartners.....

Geburtsdatum des Ehepartners

Anschrift*.....

*Straße / Hausnummer / Postleitzahl / Ort

Tel.Nr. / Handy-Nr.:.....

Mail:.....

Mit dem Beitritt erkenne ich die Vereinssatzung an. Der Beitrag beträgt z.Zt. 25,00€ pro Kalenderjahr.

Mir ist bekannt, dass der Verein meine Daten zur Erfüllung der satzungsgemäßen Aufgaben speichert und verarbeitet. Mit meinem Vereinsbeitritt bin ich hiermit einverstanden. Weitere Informationen und Auskünfte zum Datenschutz können beim Vereinsvorstand erfragt werden.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den vorgenannten Verein, den von mir zu entrichtenden Beitrag zu Lasten des nachstehenden Kontos abzubuchen.

IBAN Nr.: DE

bei Bank: :.....

Kontoinhaber:.....

Obermoschel, den.....

Unterschrift für Beitritt und Einzugsermächtigung:



.....

Weitere Informationen unter **www.unser-pflegeverein.de**