



**Ambulante Kranken- und Altenpflegeverein  
Rottenburg – Pfeffenhausen – Hohenthann**  
Tel. 08781 / 91 55 27  
Fax. 08781 / 91 55 73  
E -mail: [amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de](mailto:amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de)

### Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum                      Tel. Nr.

Hiermit erkläre/n ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft  
beim

### **Ambulanten Kranken- und Altenpflegeverein Rottenburg - Pfeffenhausen - Hohenthann.**

Gleichzeitig bevollmächtige ich den Kranken- und  
Altenpflegeverein, den von mir/uns zu entrichtenden  
Jahresbeitrag in Höhe von

11,00 Euro für Alleinstehende                (Zutreffendes bitte  
16,00 Euro für Familien                        ankreuzen)  
..... Euro freiw. Beitrag           

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut                      BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

einziehen. Ich bin damit einverstanden, dass der Verein die zur  
Mitgliederbestandsführung und Beitragserhebung erforderlichen  
Daten in einer von ihm gewählten EDV-Anlage abspeichert.  
Diese Ermächtigung ist jederzeit schriftlich widerrufbar.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                              Unterschrift



**Ambulante Kranken- und Altenpflegeverein  
Rottenburg – Pfeffenhausen – Hohenthann**  
Tel. 08781 / 91 55 27  
Fax. 08781 / 91 55 73  
E -mail: [amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de](mailto:amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de)

### Sepa - Lastschriftmandat

**Gläubigeridentifikationsnummer: DE05ZZZ00000135388**  
**Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige den Amb. Kranken- und  
Altenpflegeverein Rottenburg-Pfeffenhausen-  
Hohenthann, Zahlungen von meinem Konto mittels  
Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein  
Kreditinstitut an, die vom Amb. Kranken- und  
Altenpflegeverein Rottenburg - Pfeffenhausen -  
Hohenthann auf mein Konto gezogenen Lastschriften  
einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend  
mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des  
belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit  
meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut                      BIC

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                              Unterschrift

1. Vorsitzender des Pflegevereins:  
Gottfried Wiesmüller  
IBAN: DE34 7435 0000 0007 0018 43  
BIC: BYLA DE M1 LAH

Amb. Kranken-und Altenpflegestation  
Bischof-Ketteler-Str. 5  
84056 Rottenburg  
Telefon: 08781-915527

## Für Ihre Unterlagen



**Ambulante Kranken- und Altenpflegeverein  
Rottenburg – Pfeffenhausen – Hohenthann**  
Tel. 08781 / 91 55 27  
Fax. 08781 / 91 55 73  
E -mail: [amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de](mailto:amb.krankenpflege-rottenburg@kirche-bayern.de)

### Beitrittserklärung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnr.

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum                      Tel. Nr.

Hiermit erkläre/n ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft  
beim

### **Ambulanten Kranken- und Altenpflegeverein Rottenburg - Pfeffenhausen - Hohenthann.**

Gleichzeitig bevollmächtige ich den Kranken- und  
Altenpflegeverein, den von mir/uns zu entrichtenden  
Jahresbeitrag in Höhe von

11,00 Euro für Alleinstehende                (Zutreffendes bitte  
16,00 Euro für Familien                        ankreuzen)  
..... Euro freiw. Beitrag           

bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen

Datum: