



**Ambulante Kranken- und Altenpflegeverein
Rottenburg – Pfeffenhausen – Hohenthann**
Tel. 08781 / 91 55 27
Fax. 08781 / 91 55 73
E -mail: info@krankenpflege-rottenburg.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: info@krankenpflege-rottenburg.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:
Florian Schneider
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: info@krankenpflege-rottenburg.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: