

*Mit Herz und Verstand
gute Nachbarn sein!*



**Krankenpflege-Förder-Verein
Hünstetten e.V.**
Hauptstraße 17

65510 Hünstetten

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum gemeinnützigen Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten.e.V.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Ort, Ortsteil: _____

Die Mitgliedschaft beginnt ab _____ (Datum) und ist nach Ablauf eines Jahres durch einfache schriftliche Erklärung mit 3 Monaten Frist zum Ende eines Quartals kündbar.

Mitgliedskarte und gültige Satzung erhalte ich umgehend.

Einzugsermächtigung mittels Lastschrift:

Hiermit ermächtigen(n) ich/wir den Krankenpflege-Förder-Verein Hünstetten e.V. widerruflich, den satzungsgemäßen Mitgliedsbeitrag vierteljährlich jeweils in Quartalsmitte zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Konto-Nummer: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Monatlicher Beitrag zur Zeit:

(Einzelperson: 2,00 Euro /Familienbeitrag: 3,00 Euro)

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____