

# Beitrittserklärung

**Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft beim Evangelischen Krankenpflegeverein Ingelfingen.**

Bitte ankreuzen:

Einzelperson  
Jahresbeitrag z.Zt. 13€

Familie  
Jahresbeitrag z.Zt. 16€

Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

## **Einzugsermächtigung**

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag für den Evangelischen Krankenpflegeverein Ingelfingen von meinem Girokonto abgebucht wird.

Vor- und Zuname: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

Kreditinstitut: .....

Konto-Nr.: ..... BLZ: .....

Ort: ..... Datum: ..... Unterschrift:

Bitte geben Sie die ausgefüllte und unterschriebene Beitrittserklärung beim Evang. Pfarramt, Hundsbergweg 3/1 ab.