

# Beitritts- erklärung



Ich möchte mit meiner Mitgliedschaft den Pflegekreis Wilnsdorf e.V. mit  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- einem jährlichen Beitrag von  € unterstützen  
 dem jährlichen Mindestbeitrag von z.Z. 18,00€ unterstützen

---

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Telefon:

Geburtsdatum:

---

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich den Pflegekreis Wilnsdorf e.V. meinen Jahresbeitrag von dem nachstehenden Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

---

(Ort und Datum)

---

(Unterschrift)