

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum
Krankenpflegeverein Huchenfeld e.V. (KPV)

Vorname, Name

Straße, PLZ, Wohnort

Der Beitrag beträgt jährlich 25,- Euro und wird durch den KPV
von meinem Konto eingezogen

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsauftrag:

Krankenpflegeverein Huchenfeld e.V.

Würmstr. 10, 75181 Pforzheim

Gläubiger-Identifikationsnummer DE42ZZZ00000252286

Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

SEPA Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Huchenfeld e.V.
Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpfle-
geverein Huchenfeld e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften
einzulösen.

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

Vorname, Name (Kontoinhaber)

Straße, PLZ, Wohnort

Kreditinstitut (Name und BIC)

| DE | _____
IBAN

Ort und Datum

Unterschrift

Jede Unterstützung zählt. Helfen Sie!

Engagiert in der Pflege

Bitte
freimachen

Krankenpflegeverein
Huchenfeld e. V.
Würmstrasse 10
75181 Pforzheim-Huchenfeld