

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt  
zum Evang. Krankenpflegeverein Edigheim/Oppau/Pfingstweide e.V.

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	Telefon
------------------------------	---------

---

Familienangehörige: Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------------	---------	--------------

---

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem Konto

---

IBAN	BIC
------	-----

---

Name des Geldinstitutes

per Lastschrift eingezogen wird. Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit ohne  
Angaben von Gründen widerrufen.

---

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

(Der Beitrag ist steuerlich absetzbar.)