

Beitrittserklärung

Ja, Ich werde Mitglied im Verein für ambulante Krankenpflege Betzigau - Haldenwang - Wildpoldsried e.V.

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Ehepartner

Telefon

PLZ - Wohnort

Straße - Hausnummer

Der Jahresbeitrag in Höhe von € (Mindestbeitrag: € 30,-) darf per Einzugsermächtigung von folgendem Konto abgebucht werden.

IBAN

BIC

Kontoinhaber (Vorname und Nachname)

Hiermit bestätige ich meine Mitgliedschaft:

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular ausreichend frankiert per Post, bringen es uns gerne persönlich vorbei oder werfen es in unserem Briefkasten ein, in der Salzstraße 13 in 87499 Wildpoldsried

Datenschutzhinweis:

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Daten für die Zwecke des Vereins gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Eine ausführliche Beschreibung über die Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter <https://www.kpv-wildpoldsried.de/datenschutz>