

Ambulanter Krankenpflegeverein e.V. Oberstdorf, Im Haslach 2

Eintrittsdatum des Mitglieds: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Konfession: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Wohnung: _____

Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Anschrift: _____

Name, Vorname, Geburtstag der Familien-Angehörigen

Beitrag von 10,00 € jährlich

Einzugsermächtigung für Lastschriften

An: Amb. Krankenpflegeverein e.V.

87561 Oberstdorf, im Haslach 2

(Ort, Datum)

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

(Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung)

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort: _____

IBAN: _____

Bankname: _____

BIC: _____

Mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

(Unterschrift)