

An den

Evang. Krankenpflegeverein

Großarlach

Schönblickstr. 2

71577 Großarlach

Ich möchte Mitglied im Evang. Krankenpflegeverein Großarlach werden.

Name: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Der Jahresbeitrag von 18,00 EUR darf von meinem

Konto Nr.: _____

bei der: _____

BLZ : _____

abgebucht werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Meine Mitgliedschaft ist jederzeit widerruflich.