

Krankenpflegeverein Grab e.V.

Schwalbenflug 8

71577 Großerlach-Grab

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum
Krankenpflegeverein Grab.

(Name)

(Vorname)

(Straße)

(Wohnort)

(Datum)

(Unterschrift)

Betr.: Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrag

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Grab e.V. widerruflich den
jährlichen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines Giro-Kontos

Kontonummer:

BLZ:

bei der:

(Bank/Sparkasse) mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die
erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden
Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ich habe das Recht, abgebuchte Beiträge innerhalb von 6 Wochen
zurückbuchen zu lassen.

(Unterschrift)

(Datum)

(Straße)

(Wohnort)