

## Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein Spiegelberg

Ja, ich möchte Mitglied werden. Meine Mitgliedschaft ist mit der Abbuchung des Mitgliedbeitrages durch die Gemeindeverwaltung automatisch bestätigt. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit im Jahr:

10,-- Euro Einzelperson

15,-- Euro Familien

Den unteren Abschnitt habe ich am .....

auf dem Rathaus (Bürgermeisteramt) in .....

oder bei der Diakonie ambulant, Blumstr. 20, 71540 Murrhardt  
abgegeben.

---

## Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein Spiegelberg

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Konfession: .....

Bankverbindung: .....

Konto-Nummer: ..... BLZ: .....

Unterschrift: \_\_\_\_\_

