

***Evangelischer Diakonissen- und Krankenpflegeverein  
Mutterstadt e.V.***

***Luitpoldstrasse 14, 67112 Mutterstadt***

**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Evangelischen Krankenpflegeverein in Mutterstadt

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_

Mutterstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Abbuchungserklärung**

Ich bin unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von jährlich 25,00 € von meinem u.a. Konto abgebucht wird.

Konto-Nr: \_\_\_\_\_  
BLZ: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

Mutterstadt, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift