

BEITRITTSERKLÄRUNG

ZUM

KRANKENPFLEGEFÖRDERVEREIN

GESAMTGEMEINDE ROT AM SEE

Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft zum
Krankenpflegeförderverein Gesamtgemeinde Rot am See

Ich bitte, den jeweils jährlich fälligen Beitrag von meinem
Konto-Nr.
bei der Bank
abzubuchen (jederzeit widerruflich)

Name

Einzelperson (12,50 Euro)

Vorname

Straße

Ehepaar (17,50 Euro)

Wohnort

Großfamilie (Familie mit Großeltern
25,00 Euro)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Diese Erklärung bitte zurückgeben
an das
Bürgermeisteramt Rot am See