



Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe Moorenweis e.V.

Ringstraße 26 · 82272 Moorenweis · Telefon 08146 / 7879 · Fax 08146 / 9151

info@nbh-moorenweis.de

Bürozeiten: Mo. - Fr. 9.00 - 12.00 Uhr

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied der Krankenpflege und Nachbarschaftshilfe Moorenweis e.V. werden:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Strasse, Hausnr. _____

Ich bin bereit, bis auf Widerruf einen jährlichen Beitrag zu leisten:

- € 40,00 (Einzelbeitrag)
 € 20,00 (für jedes weitere Mitglied, das im gleichen Haushalt lebt)
 € _____ (freiwilliger Beitrag)
 Den Beitrag werde ich selbst überweisen
 Der Beitrag kann abgebucht werden

Kontonummer _____ BLZ _____

Bankinstitut/Ort _____

(Kontoinhaber): _____

Weitere Mitglieder:

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Strasse, Hausnr. _____

Datum

Unterschrift(en)