



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:

€ 25,00 (Einzelbeitrag)

€ 12,50 (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)