

Evangelischer Krankenpflegeförderverein Oberndorf a. N.

## Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße</b>	
<b>PLZ / Wohnort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	

die Aufnahme in den Evangelischen Krankenpflegeförderverein Oberndorf a. N. zum aktuellen Jahresbeitrag von € 20,-.

Bei der Mitgliedschaft handelt es sich um eine

**Einzelmitgliedschaft**

**Familienmitgliedschaft**

(Eltern und die mit Ihnen in Hausgemeinschaft lebenden unverheirateten Kinder unter 18 Jahren)

Bitte die Namen und Geburtsdaten aller Familienmitglieder, die unter die Familienmitgliedschaft fallen, nachfolgend aufführen:

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>

Ort, Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Evangelischer Krankenpflegeförderverein Oberndorf a. N.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Evangelischer Krankenpflegeförderverein Oberndorf a. N., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Evangelischen Krankenpflegeförderverein Oberndorf a. N. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Mitgliedsantrag an:**

Evangelische Kirchengemeinde Oberndorf a. N.  
Pfalzstraße 1

78727 Oberndorf a. N.