



*Krankenpflegeverein  
Salach e.V.*

***Rathausplatz 3***

***Tel. 07162/931339***

*info@krankenpflege-salach.de*

## **Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Salach e.V.  
Rathausplatz 3, 73084 Salach:

Ab .....

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum. ....

Straße .....

Wohnort .....

Den Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_€ bitte ich von meinem Konto abzubuchen

Bank .....

IBAN .....

BIC (nur für Ausland) .....

Datum .....

Unterschrift .....

**Helpen Sie uns !**