BEITRITTSERKLÄRUNG

Mit Ihrer Mitgliedschaft im Ambulanten Krankenpflegeverein Babenhausen und Umgebung e.V. Am Espach 6, 87727 Babenhausen, unterstützen Sie als Mitglied des Fördervereines nicht abrechenbare Dienstleistungen mit der Kranken-Pflegekasse z. B. die Begleitung von Schwerstkranken und sterbenden Mitmenschen. Ferner unterstützen wir die Tagespflege und den Bereich Essen auf Rädern. Als reiner Förderverein ist es unsere Aufgabe, alle Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden an die Senioren GmbH weiterzugeben.
Helfen Sie mit, dass auch in Zukunft dieses große Maß an Mitmenschlichkeit ermöglicht werden kann. Für Spenden an unseren Förderverein können jederzeit Spendenquittungen ausgestellt werden (Vorstand Theo Lehner).

Bankverbindung: Sparkasse Babenhausen
IBAN DE36 7315 0000 0000 0310 54
BIC: BYLADEM1MLM

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ja ich möchte ein Mitglied im Ambulanten Krankenpflegeverein Babenhausen und Umgebung e.V. im Caritasverband werden.

☐ **15,00 EUR/Jahr** (Einzelbeitrag) ☐ **20,00 EUR/Jahr** (Familienbeitrag)

Freiwilliger Beitrag in Höhe von: **EUR/Jahr**

☐ Abbuchung mit SEPA-Lastschriftmandat
Gläubiger ID DE15 ZZZ0 0000 1341 41
Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Ambulanten Krankenpflegeverein Babenhausen e.V. von meinem Konto mittels Lastschrift den jährlich fälligen Beitrag einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, dei von dem Ambulanten Krankenpflegeverein 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.

IBAN DE .....

BIC .....

Bankinstitut .....

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Datum, Unterschrift .....