



# BEITRITTSERKLÄRUNG KRANKENPFLEGEVEREIN

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein (Bitte ankreuzen)

- Bad Dürkheim (kath.)
- DÜW-Leistadt (ev.)
- Freinsheim-Dackenheim (ök.)
- DÜW-Grethen/Hardenburg (ök.)
- Erpolzheim (ev.)
- Herxheim am Berg (ev.)
- Kallstadt (ev.)
- Weisenheim am Sand (kath.)
- Weisenheim am Sand (ev.)
- Weisenheim am Berg (ev.)

Vorname	Name	Geburtsdatum

Straße/Hausnummer	PLZ/Ort

Ehepartner  Ja  Nein  
(Bitte ankreuzen)

Vorname	Name	Geburtsdatum

Kinder unter 18 Jahren  Ja  Nein  
(Bitte ankreuzen)

Vorname	Name	Geburtsdatum

Vorname	Name	Geburtsdatum

Ort	Datum	Unterschrift

Sie würden uns die Verwaltungsarbeit erleichtern, wenn Sie nachstehende Einzugsermächtigung erteilen würden.

### Einzugsermächtigung:

Ich bin unter Vorbehalt jederzeitigen Widerrufs damit einverstanden, dass der Beitrag zum Krankenpflegeverein von meinem Konto abgebucht wird und ermächtige zugleich die genannte Bank, die Überweisung vorzunehmen.

Kontonummer	Bankleitzahl	Bank

Ort	Datum	Unterschrift