



Beitrittserklärung

Name _____

Vorname(n) _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich EUR 25,00 (Einzelmitgliedschaft) bzw. EUR 40,00 (Familienmitgliedschaft = Ehepaar einschl. Kinder, für die Kindergeldberechtigung besteht). Dieser Betrag ist steuerlich als Zuwendung für mildtätige und gemeinnützige Zwecke absetzbar.

Einzugsermächtigung:

Bitte ziehen Sie von meinem Girokonto

IBAN _____

BIC _____

bei der _____

den Mitgliedsbeitrag von derzeit jährlich EUR _____ ein.

Die Satzung des Evangelischen Krankenpflegevereins Denkendorf ist in der Geschäftsstelle einsehbar.

Datum _____

Unterschrift(en) _____

Bitte das Formular ausdrucken, ausfüllen und anschließend unterschrieben per PDF-Datei (info@kpv-denkendorf.de), FAX (0711/9349239) oder Post (Ev. Krankenpflegeverein, Hindenburgstr. 27, 73770 Denkendorf) zurücksenden. Sie erhalten dann anschließend Ihre Mitgliedsbestätigung.

Ihre Vorteile:

- Kostenloser Verleih von Pflegehilfsmitteln
- bei privaten pflegerischen Maßnahmen erhalten Sie als Mitglied einen Nachlass von 5% (max. EUR 25,00 bzw. EUR 40,00 pro Jahr)

**Bitte lesen Sie unsere Datenschutz-Hinweise online unter:
www.kpv-denkendorf.de/datenschutz**