

Engagieren Sie sich für die Zukunft der Pflege in Baden Württemberg
Werden Sie Mitglied in unserem Förderkreis



Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im "Förderkreis Gesundheitspflegekammer Baden-Württemberg e.V." werden.

Organisation :

Name : Vorname :

Strasse : Hausnummer :

PLZ : Ort :

Geburtsdatum : Telefon :

E-mail Fax :

Ich bin tätig als :

Arbeitsstätte :

Ich erkläre mich mit der Satzung des Vereins und der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Meine Mitgliedschaft kann ich zum Ende eines jeden Jahres unter der Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist schriftlich kündigen.

Der monatliche Mitgliedsbeitrag (bitte unten ankreuzen) soll von meinem Konto per Lastschrift eingezogen werden.

Einzelmitglied (5,00 €) Schüler / Studenten (3,50 €) Juristische Personen / Verbände (10,00 €)

Zahlungsweise (bitte ankreuzen)

halbjährlich jährlich

Einzugsermächtigung :

Hiermit ermächtige ich den "Förderkreis Gesundheitspflegekammer Baden-Württemberg e.V." meinen fälligen Mitgliedsbeitrag jederzeit widerruflich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer : Bankleitzahl :

Name und Sitz der Bank :

Ort und Datum : Unterschrift / Stempel :