Beitrittserklärung

Krankenpflege
Förderverein
Echterdingen

Mit Ihrer finanziellen Unterstützung als Mitglied und Spender helfen Sie, dass wir die Weiterentwicklung und die Durchführung von zusätzlichen Leistungen der **Diakoniestation auf den Fildern** fördern können.

☑ **Ja,** ich möchte **Mitglied** im Krankenpflege-Förderverein Echterdingen werden (Jahresbeitrag 22 Euro).

☐ **Ja,** ich möchte den Krankenpflege-Förderverein Echterdingen mit einer **einmaligen Spende** von _____ Euro unterstützen.

☐ **Ja,** ich möchte mich **ehrenamtlich engagieren** bei der Diakoniestation oder im Krankenpflege-Förderverein Echterdingen. Bitte rufen Sie mich an.

Vor- und Zuname	Geburtstag

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Krankenpflege-Förderverein Echterdingen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflege-Förderverein Echterdingen 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.)

Kreditinstitut

IBAN
DE __

Kontoinhaber

Datum	Unterschrift

Krankenpflege-Förderverein Echterdingen, Burgstraße 2, 70771 Leinfelden-Echterdingen
0711 797378-11 gemeindebuero@ekg-echterdingen.de www.ekg-echterdingen.de
Echterdinger Bank, IBAN: DE50 6006 2775 0000 9470 08, BIC: GENODES1ECH