



Antrag zur Mitgliedschaft des Fördervereins Ambulante Kranken- und Altenpflege Affing e.V.

Ich, _____, möchte Mitglied des Fördervereins Ambulante Kranken- und Altenpflege Affing e.V. werden und bin damit einverstanden, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 25,00 € oder _____ € von meinem unten genannten Konto per Lastschrift einziehen zu lassen.

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Betrag jeweils zu Beginn eines Jahres von meinem Konto abgebucht wird.

Bankverbindung / Kreditinstitut _____

IBAN _____ BIC _____

Kontoinhaber _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Unterschrift _____

Spendenkonto:

Raiffeisenbank Rehling
IBAN: DE63 7206 9193 0000 0796 18
BIC: GENODEF1RLI

Förderverein Ambulante Kranken- und Altenpflege Affing e.V.
Bgm.-Bleis-Weg. 1
86444 Affing
Tel.: 08207 / 22 21 und 08271 / 42 60 96
Fax.: 08207 / 22 32 und 08271 / 42 78 50