



Beitrittserklärung Krankenpflegeverein Neuffen

Krankenpflegeverein Neuffen
Bürgermeisteramt
Hauptstraße 19
72639 Neuffen

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Krankenpflegeverein Neuffen
 ab sofort / zum _____ (Datum).

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Ort:	

Der Förderbeitrag beträgt derzeit 15 € im Jahr (für beide zusammen) und ist jeweils zum 15.06. eines Jahres zur Zahlung fällig.