

An den
Krankenpflegeförderverein Weinsberg e.V.
zu Händen Martin Ullenbruch
Schoppengasse 3
74189 Weinsberg

Beitrittserklärung

Ich,
Name, Vorname:

PLZ/Wohnort :

Straße/Haus-Nr.:

Telefon, E-Mail:

Geburtsdatum:

möchte Mitglied im Krankenpflegeförderverein Weinsberg e.V.

ab dem
werden

Mein Jahresbeitrag: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

15,-- € als Einzelmitglied

20,-- € als Haushaltsgemeinschaft
oder

Ort, Datum/Unterschrift

--	--	--