

Hilfe am Grabe Niederdielfen - Beitrittserklärung -

Name des Mitglieds, das zurzeit die Beiträge zahlt

Vorname des Mitglieds

Straße

PLZ, Ort

Telefon

aktueller Jahresbeitrag

bar
 per Banküberweisung

Ort, Datum, 1. Unterschrift

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Beitrag jährlich meinem nachfolgenden Bankkonto per Lastschrift belastet wird.
 Diese Einzugsermächtigung gilt bis auf Widerruf.**

Kontonummer

Name der Bank

Bankleitzahl

Ort, Datum, 2. Unterschrift

bei mir sind folgende Familienmitglieder mitversichert

1. Nachname
 Vorname
 Straße *)
 PLZ; Ort *)
 Telefon *)

2. Nachname
 Vorname
 Straße *)
 PLZ; Ort *)
 Telefon *)

3. Nachname
 Vorname
 Straße *)
 PLZ; Ort *)
 Telefon *)

4. Nachname
 Vorname
 Straße *)
 PLZ; Ort *)
 Telefon *)

5. Nachname
 Vorname
 Straße *)
 PLZ; Ort *)
 Telefon *)

*) bitte nur ausfüllen, wenn abweichend von der Hauptanschrift!