

## Hilfe am Grabe Niederdielfen - Beitrittserklärung -

Name des Mitglieds, das zurzeit die Beiträge zahlt

Vorname des Mitglieds

Straße

PLZ, Ort

Telefon

aktueller Jahresbeitrag

EUR

Ich zahle meinen Beitrag

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!