

Beitrittserklärung



Ich beantrage die Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein Ostfildern e.V.

.ab dem

Name, Vorname:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

Die Satzung des Krankenpflegevereins Ostfildern e.V. erkenne ich an.

Mitgliedsbeitrag jährlich EUR
(Mindestbeitrag EUR 40,-)

SEPA – Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Krankenpflegeverein Ostfildern e.V.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49ZZZ00000352361
Mandatsreferenz / Mitgliedsnummer: *

* Die Mandatsreferenznummer / Mitgliedsnummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Ostfildern e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Ostfildern e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Der Beitragseinzug erfolgt jährlich zum 15. Februar

Name, Vorname (Kontoinhaber):

IBAN: DE

Kreditinstitut:

BIC:

Datum / Unterschrift

Der Vorteil für Sie – Vorsorgen und helfen

Mit einer Mitgliedschaft sorgen Sie vor und helfen gleichzeitig anderen.

Ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft erhalten Sie Rabatte auf hauswirtschaftliche Leistungen, Einkaufshilfe, Fußpflege und Gesundheitskurse. Ebenfalls erhalten Sie als Mitglied 10% Rabatt in der Heilpraktiker-Praxis Silvia Bitzer in Nellingen.

Bei den Grundpflegeleistungen erhalten Mitglieder ab dem elften Mitgliedsjahr einen Rabatt von 25%, bis zu 41 € im Monat, wenn Sie keinen Pflegegrad haben. Mitglieder mit einem Pflegegrad erhalten einen Rabatt von 10%, bis zu 41 € im Monat auf evtl. Eigenbeiträge bei Grundpflegeleistungen.

Informationen zum Datenschutz nach DSGVO-Datenschutz-Grundverordnung können Sie auf unserer Webseite: www.k-p-n.de einsehen.