

An den
Krankenpflegeförderverein Schorndorf e.V.
Schlichtener Str. 25
73614 Schorndorf

Ich möchte Mitglied werden:

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Information:

Der einheitliche Mitgliedsbeitrag beträgt 25 EUR / Jahr pro Person unabhängig vom Eintrittsdatum.

Bitte überweisen Sie den Jahresbeitrag erstmalig auf folgendes Konto:

LBBW

Konto: 8 36 36 60

Blz: 600 501 01

Danach bekommen Sie im Februar eine Einladung zur Jahreshauptversammlung, die im März stattfindet, der ein Überweisungsträger beiliegt.

Mit freundlichen Grüßen

Sellenthin

Rechner des Krankenpflegefördervereins

Ev. Kirchenpflege Schorndorf, Herr Sellenthin, Schlichtener Str. 25, D-73614 Schorndorf, Tel. 07181/9384110, Fax 07181/9384121, E-Mail: ev.kirchenpflege.schorndorf@t-online.de