

# Beitrittserklärung

zum

Krankenpflegeförderverein Schorndorf e.V.  
Schlichtener Str. 25, 73614 Schorndorf

## Ich möchte Mitglied werden:

Name:

Straße:

Ort:

Telefon:

Datum:

Unterschrift:

## Information:

Der einheitliche Mitgliedsbeitrag beträgt 25 € im Jahr (Einzelperson oder Familie), unabhängig vom Eintrittsdatum.

Bitte überweisen Sie den Jahresbeitrag erstmalig auf folgendes Konto:

Krankenpflegeförderverein Schorndorf e.V.

BW Bank

BLZ: 60050101 Konto: 8363237

BIC: SOLADEST600 IBAN: DE25600501010008363237

Stichwort „Mitgliedsbeitrag“

Danach bekommen Sie jährlich eine Einladung zur Jahreshauptversammlung, die im März stattfindet. Dieser Einladung liegt ein Überweisungsträger bei.

Rechner des Krankenpflegefördervereins  
Herr Sellenthin

Für Rückfragen und Beitritt:

Tel. 07181-93841-11 (Petra Fritz), Fax 07181-93841-21

E-Mail: [ev.kipflege.schdf.fritz@t-online.de](mailto:ev.kipflege.schdf.fritz@t-online.de)

Evang. Kirchenpflege Schorndorf

Schlichtener Str. 25, D-73614 Schorndorf