

# Beitrittserklärung

zum

Krankenpflegeförderverein Schorndorf e.V.  
Karlstr. 13-15, 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.  
Kreissparkasse Waiblingen  
BIC SOLADES1WBN  
IBAN DE71 6025 0010 0015 1703 58  
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)  
E-Mail: [petra.fritz@elk-wue.de](mailto:petra.fritz@elk-wue.de)  
Evang. Kirchenpflege Schorndorf  
Karlstr. 13-15, D-73614 Schorndorf