Mitgliedsantrag

Pflegeverband

Wir freuen uns, dass **Sie sich** dazu entschieden haben, dem Pflegeverband beizutreten. Dazu müssten Sie uns noch das folgende Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben zukommen lassen.

PERSONENDATEN

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ T-Shirt Größe: _____

Eintritt (Datum): _____ Austritt: _____

Besonderheiten: _____
(bspw. Vegetarier)

MITGLIEDSBEITRAG

Zahlungsweise (zutreffendes bitte ankreuzen): Einzug vom Konto: ☐ Bar: ☐

Hiermit ermächtige ich den Pflegeverband den Mitgliedsbeitrag (derzeit EUR 30.- pro Monat) monatlich im Voraus und die einmalige Beitrittsgebühr von EUR 20.- von meinem folgenden Konto einzuziehen:

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber _____ Kontoinhaber (Druckbuchstaben) _____

UNTERSCHRIFT

Mit dieser Erklärung trete ich dem Pflegeverband bei. Ich bestätige, dass ich die Vereinsstatuten erhalten und gelesen habe. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Pflegeverband– abgesehen von der Verpflichtung zur Bezahlung des Mitgliedsbeitages- oder gegenüber Gläubigern des Vereins keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Verpflichtungen. Die Mitgliedschaft kann unter der in den Statuten genannten Frist zu den in den Statuten genannten Kündigungsterminen gekündigt werden. Im Falle einer Kündigung habe ich bis zum Wirksamwerden meiner Kündigung noch den Mitgliedsbeitrag zu bezahlen. Eine Rückerstattung von Mitgliedsbeiträgen ist nicht möglich.

_____
Ort, Datum, Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Pflegeverband, Unterzellerstrasse 40, 3340 Waidhofen /Ybbs, ZVR-Zahl 434 425 534
Bankverbindung : Raiffeisenbank Ybbstal BLZ 32906 Kontonr. 15347
IBAN: AT323 290 6000 000 15347 BIC: RLN WAT WWW HY