

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Evangelischen Krankenpflegeverein Altrip e. V. | <input type="radio"/> St. Elisabethenverein Mutterstadt e. V. |
| <input type="radio"/> Elisabethenverein Dudenhofen e. V. | <input type="radio"/> Ökumenischer Krankenpflegeverein Neuhofen e. V. |
| <input type="radio"/> Kath. Krankenpflegeverein St. Elisabeth Hanhofen e. V. | <input type="radio"/> St. Elisabethenverein Otterstadt e. V. |
| <input type="radio"/> Elisabethenverein Heiligenstein e. V. | <input type="radio"/> Evangelischer Krankenpflegeverein Römerberg e. V. |
| <input type="radio"/> Evangelischen Krankenpflegeverein Limburgerhof e. V. | <input type="radio"/> Elisabethenverein Schifferstadt e. V. |
| <input type="radio"/> St. Elisabethenverein Limburgerhof e. V. | <input type="radio"/> Evangelischer Krankenpflegeverein Schifferstadt e. V. |
| <input type="radio"/> Diakonissenverein Mutterstadt e. V. | <input type="radio"/> St. Elisabethenverein Waldsee e. V. |

Bitte wählen Sie einen Krankenpflegeverein entsprechend Ihrem Wohnort.

Ehepartner/in und minderjährige Kinder gelten mit der Beitrittserklärung ebenfalls beitragsfrei als Mitglieder.

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Name Ehepartner/in:

Geburtsdatum:

Straße, Wohnort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Ort, Datum, Unterschrift:

Hinweise zum Datenschutz: Mit der Beitrittserklärung geben Sie Ihre Zustimmung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten in automatisierten Dateien. Ihre Daten werden in dem von Ihnen gewählten Krankenpflegeverein zur Mitgliedsverwaltung und -betreuung gespeichert, verarbeitet und genutzt. Die Weitergabe Ihrer Daten an die Ökumenischen Sozialstation Rhein-Pfalz Ost e. V. zum ausschließlich internen Gebrauch ist erforderlich, um Ihnen eine bevorzugte Aufnahme bei Pflegebedarf sowie die Rabattierung der Leistungen gewähren zu können.

Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats für wiederkehrende Zahlungen

Jahresbeitrag: 25,00 Euro

Mit der Beitrittserklärung ermächtige ich den von mir gewählten Krankenpflegeverein, Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von meinem gewählten Krankenpflegeverein gezogene Lastschrift auf meinem Konto einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer sowie Mandatsreferenz werden von dem gewählten Krankenpflegeverein vor der ersten Abbuchung schriftlich mitgeteilt.

Der Jahresbeitrag meines Krankenpflegevereins wird jeweils zum angekündigten Zeitraum abgebucht.

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

Name des Kontoinhabers:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

Ort, Datum, Unterschrift:

Bitte geben Sie diese Beitrittserklärung bei dem von Ihnen gewählten Krankenpflegeverein oder bei der Ökumenischen Sozialstation Rhein-Pfalz Ost in Limburgerhof oder in Schifferstadt ab oder schicken Sie das unterschriebene und gescannte Formular an info@sozialstation-rpo.de