

Beitrittserklärung zum Diakonieverein Königshofen e.V.

NAME: _____

GEBURTSTAG: _____

STRASSE: _____

WOHNORT: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag in Höhe von 15.- € von meinem Konto abgebucht wird.

Ich erhöhe freiwillig meinen Jahresbeitrag auf _____ € und bin mit der jährlichen Abbuchung einverstanden.

BANKINSTITUT: _____

BLZ: _____ KONTO-NR.: _____

IBAN: DE BIC:

KONTO-INHABER: _____

Ort, Datum

Unterschrift