

# KPV Beitrittsantrag

(Zur Abgabe bei Ihrer Caritas Sozialstation vor Ort)

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein (KPV)

\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_  
(Pfarrei/Ort)

(Bei Ehepaaren/Familien gilt für die Beitragsfestsetzung das Alter des älteren Ehegatten)

\_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Nr.

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

Durch meinen Beitrag möchte ich mich/ uns bei einem zusätzlichen häuslichen Pflegebedarf absichern und die Ziele des Krankenpflegevereins fördern.

Ich bin damit einverstanden, dass für mich/ uns gültige Jahresbeitrag entsprechend meinem/ unserem Eintrittsalter von meinem/ unserem

IBAN/ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BIC/ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

abgebucht wird.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber