

Krankenpflegeverein Ispringen e.V. · Eisenbahnstr. 2 · 75228 Ispringen

1.Vorsitzender: Dr. Klaus Keller · Sonnenwirtleweg 1 · 71665 Vaihingen an der Enz

Anrufbeantworter des Krankenpflegevereins: 07231-5689 055

E-Mail: [kpv@diakoniestation-ispringen.de](mailto:kpv@diakoniestation-ispringen.de)

Internetseite: <https://diakoniestation-ispringen.de/krankenpflegeverein/>



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Krankenpflegeverein Ispringen e.V.** (gemeinnütziger Verein)

Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Ehegatte/Ehegattin: Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

Der Krankenpflegeverein Ispringen e.V. wurde am 01.10.1896 mit dem Zweck gegründet,

*„den Angehörigen der Gemeinde Ispringen ohne Unterschied des Standes u. Bekenntnisses in Krankheit – und plötzlichen Unglücksfällen eine rasche sachverständige Hülfe und geordnete Krankenpflege zu bieten.“*

Mit Ihrem Mitgliedsbeitrag unterstützen Sie die wichtige und teilweise ehrenamtliche Arbeit des Krankenpflegevereins Ispringen e.V. Sie helfen damit direkt bei der Finanzierung unserer Angebote in den Bereichen Beratung, Pflege, Unterstützung und Betreuung, sowie bei den qualifizierten Aus- und Weiterbildungen unserer Mitarbeiter. Alle Angebote finden Sie ausführlich auf unserer Internetseite.

**Ich bin bereit einen jährlichen Beitrag in Höhe von ..... € zu leisten.**

**Der Mindestbeitrag für die Familie beträgt derzeit 30 EUR im Jahr.**

Im Fall einer schweren Pflegebedürftigkeit gewähren wir Mitgliedern Rabatte.

Wir würden uns über Ihre beiliegende Einzugsermächtigung freuen, da sie uns viel Verwaltungsarbeit erspart. Die Mitgliedschaft beginnt sofort mit der Beitrittserklärung und wird vom Krankenpflegeverein schriftlich bestätigt. Damit besteht auch der Anspruch auf die Mitgliedervergünstigungen. Der erste Jahresbeitrag wird unterjährig nach Beitritt in voller Höhe eingezogen. Die Einzüge für die Folgejahre erfolgen jährlich im Februar. Die Kündigung ist möglich zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres. Sie muss bis zum 30.09. schriftlich beim Krankenpflegeverein eingegangen sein. Rückerstattungen von Mitgliedsbeiträgen sind ausgeschlossen.



Krankenpflegeverein Ispringen e.V. · Eisenbahnstr. 2 · 75228 Ispringen

1.Vorsitzender: Dr. Klaus Keller · Sonnenwirtleweg 1 · 71665 Vaihingen an der Enz

Anrufbeantworter des Krankenpflegevereins: 07231-5689 055

E-Mail: [kp@diakoniestation-ispringen.de](mailto:kp@diakoniestation-ispringen.de)

Internetseite: <https://diakoniestation-ispringen.de/krankenpflegeverein/>



Aus gesetzlichen Gründen benötigen wir Ihre

## Zustimmung zur Datenspeicherung

des Krankenpflegevereins Ispringen e.V. (gemeinnütziger Verein)

Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Ehegatte/Ehegattin: Name: .....

Vorname: .....

Geb. am: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Handy: .....

E-Mail: .....

*Wir weisen darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden:*

*Namen, Adressen, Geburtsdatum, Telefonnummern, E-Mail Adressen, Bankverbindungen sowie die u.g. Erklärungen. Eine Weitergabe der Daten erfolgt nur vorstandsintern bei Bedarf.*

Ispringen, den.....

.....

.....

Unterschrift

ggf. Ehegatte/in

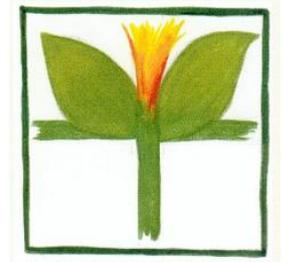
Krankenpflegeverein Ispringen e.V. · Eisenbahnstr. 2 · 75228 Ispringen

1.Vorsitzender: Dr. Klaus Keller · Sonnenwirtleweg 1 · 71665 Vaihingen an der Enz

Anrufbeantworter des Krankenpflegevereins: 07231-5689 055

E-Mail: [kpvc@diakoniestation-ispringen.de](mailto:kpvc@diakoniestation-ispringen.de)

Internetseite: <https://diakoniestation-ispringen.de/krankenpflegeverein/>



## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Krankenpflegeverein Ispringen e.V. widerruflich, den von mir in der Beitrittserklärung gewählten Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Der Einzug erfolgt einmal jährlich im Februar.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Krankenpflegeverein Ispringen e.V. auf mein untenstehendes Konto gezogene Lastschrift unter der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00002691500 mit der Mandatsreferenz: KPVI-„Mitgliedsnummer“ einzulösen.

Name: .....

Vorname: .....

Anschrift: .....

**Bankverbindung:**      **Bank:** .....

**KontoinhaberIn:** .....

**IBAN:** .....

**BIC:** .....

**X**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift KontoinhaberIn

.....  
KontoinhaberIn in Druckbuchstaben

Die Rücksendung der unterschriebenen Erklärung ist auch per Mail möglich an:

[kpvc@diakoniestation-ispringen.de](mailto:kpvc@diakoniestation-ispringen.de)