

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage ab

.....  
Gewünschtes Eintrittsdatum

die Aufnahme in den unten gekennzeichneten Förder- / Krankenpflegeverein:

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtstag

.....  
Vorname des Ehegatten/Partners

.....  
Geburtstag

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Straße / Hausnr.

.....  
Telefon

## Bitte hier ankreuzen:

**Fördergemeinschaft für ambulante Krankenpflege im Oberen Filstal**

**73326 Deggingen, Am Park 9**

(für die Bürger der Gemeinden Deggingen, Bad Ditzenbach, Drackenstein, Hohenstadt und der Stadt Wiesensteig)

**Krankenpflegeverein Gruibingen e.V.**

**73344 Gruibingen, Rathaus**

(für die Bürger der Gemeinden Gruibingen und Mühlhausen)

## Abbuchungsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der jeweilig gültige Jahresbeitrag (z.Z.: 20,45 €) der „Fördergemeinschaft für ambulante Krankenpflege“ / „Krankenpflegeverein Gruibingen e.V.“ (nicht zutreffendes bitte streichen) von meinem

Konto Nr.: .....

IBAN: .....

BIC: .....

bei der .....  
abgebucht wird.

(BLZ: .....)

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Bitte zurücksenden an:

**Sozialstation Oberes Filstal**

**Am Park 9**

**73326 Deggingen**