

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum
Krankenpflegeverein in der Verbandsgemeinde Emmelshausen.

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(PLZ, Wohnort, Straße, HausNr.)

Zum Haushalt meiner Familie gehören _____ Personen.

_____, den _____

(Unterschrift)

Hinweis:

Der Jahresbeitrag beträgt 22,00 € je Haushalt und ist jeweils für ein volles Kalenderjahr auch dann zu entrichten, wenn der Beitritt oder Austritt im Laufe eines Jahres erfolgt.

Die Gewährung der Pflegebeihilfe setzt eine mindestens einjährige Mitgliedschaft im Krankenpflegeverein voraus. Danach wird die Pflegebeihilfe zu einem Drittel gewährt. Nach zweijähriger Mitgliedschaft wird die Pflegebeihilfe zu zwei Dritteln und nach dreijähriger Mitgliedschaft in voller Höhe gewährt.

Der Betrag wird über den jährlichen Abgabenbescheid durch die Verbandsgemeindeverwaltung Emmelshausen erhoben und ist jeweils am 15.02. fällig.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Verbandsgemeindekasse Emmelshausen widerruflich, den Beitrag zum Krankenpflegeverein in der Verbandsgemeinde Emmelshausen bei Fälligkeit zu Lasten meines (unseres) Kontos

Bank: _____

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

abzubuchen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Bitte ausgefüllte Beitrittserklärung an die Verbandsgemeindeverwaltung Emmelshausen, Rathausstraße 1, 56281 Emmelshausen, richten oder über den jeweiligen Ortsbürgermeister dorthin weiterleiten.