

**Ich interessiere mich für aktive Mitarbeit:**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Mögliche Mitarbeit

Krankenpflege  Familienhilfe  Altenpflege  Haushaltshilfe  Fahrdienste

**Beitrittserklärung**

Ich möchte bei der Nachbarschaftshilfe Hechendorf e.V. Mitglied werden:

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich die Nachbarschaftshilfe Hechendorf e.V. bis auf Widerruf den Beitrag jährlich von nachstehendem Konto abzubuchen:

Konto-Inhaber \_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

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

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie diese Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben zurück an: Nachbarschaftshilfe Hechendorf e.V., Hauptstraße 42, 82229 Hechendorf