

Aufnahmeantrag  
Haftpflichtversicherung Vollzeitpflege

Mitgl.- Nummer
ID- Nummer

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Haftpflichtversicherung Vollzeitpflege des Arbeitskreises zur Förderung von Pflegekindern e.V.

Name der <b>Pflegeperson</b>	Vorname
------------------------------	---------

Straße	Postleitzahl	Ort	Telefon
--------	--------------	-----	---------

Ich betreue zur Zeit |\_\_\_\_\_| Pflegekind(er). Änderungen der Zahl der betreuten Kinder teile ich dem Arbeitskreis zur Förderung von Pflegekindern e.V. unverzüglich schriftlich mit.

Die Abmeldung aus der Versicherung muss ich dem Vorstand gegenüber schriftlich erklären. Sie ist nur zum Schluss eines Kalendervierteljahres zulässig.

Datum	Unterschrift der <b>Pflegeperson</b>
-------	--------------------------------------

Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass die Beiträge (Mitgliedsbeitrag und ggf. Versicherungsprämien) jeweils bei Fälligkeit bis auf weiteres von meinem Konto abgebucht werden. Diese Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen.

Name der <b>Kontoinhaberin</b> / des <b>Kontoinhabers</b>	Vorname
---	---------

Kontonummer	BLZ	Name der Bank
-------------	-----	---------------

Datum	Unterschrift der <b>Kontoinhaberin</b> / des <b>Kontoinhabers</b>
-------	---