

Krankenpflegeverein Echterdingen  
Bismarckstr. 9  
Rechnerin: Elfriede Armbruster  
Telefon: 0711-79 77 336



**Ja**, hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Echterdingen.

Vor- und Nachname:

Straße:

Ortsteil:

Geburtsdatum:

Der Krankenpflegeverein Echterdingen wird ermächtigt, den Jahresbeitrag in Höhe von DM 40,- von meinem

Konto Nr.:

BLZ:

Geldinstitut:

abzubuchen.

Leinfelden-Echterdingen, den

Unterschrift:

(Bitte senden Sie dieses Formular vollständig ausgefüllt an die oben aufgeführte Adresse. Vielen Dank.)