

Krankenpflegeverein Stetten
Greutweg 7
Rechnerin: Gertrude Stierle
Telefon: 0711-79 12 70



Ja, hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Krankenpflegeverein Stetten.

Vor- und Nachname:

Straße:

Ortsteil:

Geburtsdatum:

Der Krankenpflegeverein Stetten 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.)