

Krankenpflegeverein Leinfelden  
Kirchweg. 27  
Rechnerin: Astrid Fasse  
Telefon: 0711-90 35 691

**Sozialstation**   
*Leinfelden-Echterdingen*  
*Hilfe, die sich sehen läßt!*

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

Vor- und Nachname:

Straße:

Ortsteil:

Geburtsdatum:

Der Krankenpflegeverein Leinfelden 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.)