



Hiermit erkläre ich meinen

BEITRITT IN DEN KRANKENPFLEGEVEREIN

- Leutenbach
 Nellmersbach
 Weiler zum Stein (bitte ankreuzen)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Geb.-Datum: _____

Der Jahresbeitrag beträgt 13 Euro.

Falls Sie am Abbuchungsverfahren teilnehmen möchten, tragen Sie bitte hier Ihre Bankverbindung mit Kontonummer und Bankleitzahl ein:

Leutenbach, den _____
(Datum und Unterschrift)

Bitte zurück an das Rathaus bzw. die Verwaltungsstellen.