

Werden Sie Mitglied in unserem Krankenpflegeverein!

Mit meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich
und meine im selben Haushalt lebenden
Personen Mitglied werden.

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Unterschrift:

Bitte
ausreichend
frankieren

An den
Krankenpflegeverein
Langen - Thal
Dorf 6
6932 Langen