

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur KKV-Ortsgemeinschaft:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift :

Bitte geben Sie Ihre ausgefüllte Beitrittserklärung bei Ihrer KKV-Ortsgemeinschaft ab oder senden Sie sie an:

KKV-Diözesanverband Essen e.V.
Bismarckstr. 61
45128 Essen
Tel. + Fax: 0201 770243
E-Mail: kkv-dv-essen@t-online.de
www.kkv-essen.de