

## 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,  
Bismarckstr. 61, 45128 Essen  
45128 Essen  
Tel. + Fax: 0201 770243  
E-Mail:kkv-dv-essen@t-online.de**