

Mitgliedschaftsvertrag

Frau Herr

Name Vorname

Strasse/ Haus-Nr. PLZ/ Ort

Geb. Datum Telefon-Nr.

E-Mail

Krankenkasse Kartenummer Abo

Neumitglied Ehem. Mitglied Änderung der Mitgliedschaft

Verlängerung Datum

Abo-Art

Zum aktuell gültigen Preis, gemäss Preisliste

1 Jahr ½ Jahr Quartal

Rabatte / Aktionen

Hiermit bestätige ich die Anmeldung der oben gewählten Mitgliedschaft

Beginn Laufzeit Ende

Zahlungsart

Bar EZ

Abo-Art Fr.

Sonstiges Fr.

Total Fr.

Ich bestätige, die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Ort / Datum Unterschrift

Empfohlen / aufmerksam geworden durch