

# ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

---



Anrede  Frau  
 Herr  
 Firma, Institution

Name, Vorname

Geb.Datum

---

Anschrift

---

Telefon

---

Telefax

---

Mobil

---

E-Mail

---

versichert bei der Krankenkasse

---

Ich will Mitglied werden

**Bitte senden Sie das Antragsformular mit der beigefügten Einzugsermächtigung an pakkido e.V. in der Bartholomäusstr. 26 / Eingang D in 90489 Nürnberg zurück.**