
(Vorname Name)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Krankenkasse)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

_____, den _____

Kündigung meiner Mitgliedschaft

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft bei Ihnen zum _____ bzw. zum
nächstmöglichen Termin.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meiner Kündigung und senden Sie mir eine
Kündigungsbestätigung.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich Sie abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen