Datum:

Mitglieds-Nummer:

Kündigung meiner Mitgliedschaft bei Ihnen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich meine Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse zum und bitte um Übersendung der Kündigungsbestätigung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen.

Die Ihnen übergebene Einzugsermächtigung widerrufe ich hiermit.

Von Rückwerbeversuchen bitte ich Abstand zu nehmen.

Freundliche Grüße

.....
Unterschrift