

## FAXANTWORT

Bitte an:

Fax-Nr.: 030-28 04 96 35

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an den PKV Verband weiter gegeben werden, um diesen in seiner politischen Arbeit zu unterstützen.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Titel:.....

Name:.....

Vorname:.....

Straße/ Hausnummer:.....

PLZ:.....

Ort:.....

*(bitte deutlich schreiben)*