

REGIONALES MÜTTER- VÄTER- ZENTRUM MUTSCHELLEN

Postfach 8967 Widen, PC 50-71211-5, Tel. 056 641 07 74

Beitrittsformular

Ich/wir trete/n dem Verein „Regionales Mütter- Väter- Zentrum Mutschellen“ als

- Familienmitglied (Mitgliederbeitrag Fr. 95.-- / Jahr)
- Familienmitglied (Mitgliederbeitrag Fr. 50.-- / ab Juli) bei.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name:	(Sie)	(Er)
Vorname:		
Adresse:		
PLZ / Ort:		
Telefonnummer:		
E- Mail:		

Vorname Kind(er):			
Geburtsdatum:			

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Bitte ausgefülltes Formular einsenden an:

Regionales Mütter-Väter-Zentrum Mutschellen
Postfach
8967 Widen

oder bei einer Treff-Verantwortlichen abgeben.

Herzlichen Dank.