

REGIONALES MÜTTER- VÄTER- ZENTRUM WIDEN

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.

Es kann sein, dass im Zusammenhang von Presseartikeln, Homepage und Vereinsbericht Fotos von Euch und Euren Kindern veröffentlicht werden!

- Wir sind damit einverstanden
- Wir sind damit **nicht** einverstanden

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

Vorname Kind(er):			
Geburtsdatum:			

Ort, Datum:

Unterschrift:
