



REGIONALES MÜTTER- VÄTER- ZENTRUM WIDEN

Mütter-Väter-Verein
Widen

Beitrittsformular

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

- Familienmitglied (Mitgliederbeitrag Fr. 96.-- / Jahr)

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Strasse		
PLZ / Ort		
Telefonnummer		
E-Mail		
Geburtsdatum		

Unterschrift: _____