



MITGLIED WERDEN

Ja, ich/wir möchten Mitglied vom **Verein Dorfläbe Ligerz-Schafis** werden und melden uns hiermit an:

Name: _____ Vorname: _____

Adresse:

Tel: _____

Email: _____

Familie (CHF 40.--/Jahr)

Anzahl Personen: _____

Einzelmitglied (CHF 25.--/Jahr)

Unterschrift: _____

Datum: _____

Vielen Dank, wir freuen uns!



An:
Gemeinnütziger Verein
Dorfläbe Ligerz-Schafis
Dorfgasse 8
2514 Ligerz