

MITGLIED WERDEN

Ja, ich/wir möchte/n Mitglied vom **Verein Dorfläbe Ligerz-Schafis** werden und melde/n mich/uns hiermit an:

Vorname: _____ Name: _____

bei Auswärtigen Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel: _____

Email: _____

Familie (CHF 40.--/Jahr)

Anzahl Personen: _____

Einzelmitglied (CHF 25.--/Jahr)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank, wir freuen uns!



Via E-Mail oder per Post
einsenden an: