

Beitrittsformular für Mitgliedschaft

Ich/wir möchte(n) dem DSVM Deutschschweizer Verein Minusio beitreten.

1. Person

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

2. Person (Partner/Partnerin)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Adresse

Strasse + Nr. _____

Postleitzahl + Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Monatlicher Versand (Newsletter) per E-Mail per Post

Mitglieder Adressliste

ich bin einverstanden, dass mein Name, Vorname, Adresse + Telefon-Nr.

andern Mitgliedern zur Eigennutzung ausgehändigt wird Ja Nein

Bemerkungen

Ort + Datum

Unterschrift

Formular senden an: Präsidium DSVM, Postfach 70, 6648 Minusio info@dsvm.ch