

## 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](mailto:info@dsvm.ch)