VEREIN DER KRIPPENFREUNDE LIECHTENSTEINS

FL-9486 SCHAANWALD

**Beitrittserklärung**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum VEREIN DER KRIPPENFREUNDE LIECHTENSTEINS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Vorname: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| PLZ, Wohnort: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Strasse: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geb.-Datum:  Telefon: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Email: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Datum: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Unterschrift: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Bitte ausgefüllt und unterzeichnet an:

Verein der Krippenfreunde Liechtensteins, Frau Cornelia Konrad, Duxgass 37, 9494 Schaan