



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 Krippenfrennde Liechtensteins, Frau Cornelia Konrad, Duxgass 37, 9494 Schaan