



Antrag Mitgliedschaft

Ja, ich will in der SLRG Deutschfreiburg Mitglied werden.

Mitgliedsart: Aktiv Passiv Jugend (ab 10 Jahre)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Email: _____

Ort / Datum:

Unterschrift:

Bitte das Anmeldeformular an die untenstehende Adresse schicken.