



Pilzverein Region Baden
Mellingerstrasse 136
5400 Baden
www.pilz-baden.ch

Beitrittserklärung

| | |
|---------------|-------------|
| Name: | Vorname: |
| PLZ/ Wohnort: | |
| Adresse: | |
| Tel. Privat: | Tel. Mobil: |
| eMail: | |
| Geburtsdatum: | |

Bitte gewünschte Mitgliedsart ankreuzen:

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Vollmitglied (Fr.60.-) <input type="checkbox"/> Familienmitglied (Fr.40.-) <input type="checkbox"/> Doppelmitglied (Fr.40,-) |
| Name vom Vollmitglied (Familienmitgliedschaft): |
| 2ter Verein (Doppelmitgliedschaft): |

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Senden an Reni Sibold, Feldstrasse 43, 5436 Würenlos oder eMail an reni.sibold@pilz-baden.ch