

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Eintrittserklärung

Ich möchte Mitglied des KGV „ Deutsche Scholle“ e. V. werden!

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ / Ort		
Geburtsdatum		
Telefon		
E-Mail		
Beruf		
Familienstand		
Partnername		
Geburtstag		
Wunschgartennr.		

.....
Datum und Unterschrift

Aufnahmegebühr erhalten

.....
Datum und Unterschrift

Aufnahme Zustimmung KGV Deutsche Scholle

.....
Datum und Unterschrift