

Polio Landesverband S.-H.
Erlengrund 15

24211 Preetz

Ich möchte dem **Verein Polio Landesverband Schleswig-Holstein –Selbsthilfe- e.V.** beitreten.

- Die Satzung ist mir bekannt
- Die Satzung ist mir nicht bekannt. Ich bitte um Zusendung
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)



Name ----- **Vorname** -----
Strasse ----- **PLZ, Ort** -----
Tel.: ----- **Datum** ----- **Unterschrift** -----