**Beitrittserklärung**

Name und Vorname:………………………………………………………………………………...

Adresse:…………………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum:………………………………………………………………………………………...

Datum und Unterschrift:……………………………………………………………………………...

E-Mail-Adresse:…………………………………………………………………………………………………

Bitte senden an: Seniorenverein Frenkendorf und Umgebung

 Peter Schaub, Präsident

 Brunnmattstrasse 15

 4402 Frenkendorf

 E-Mail: piet.schaub@gmx.ch

 **Seniorenverein Frenkendorf und Umgebung**

Frenkendorf, Füllinsdorf, Arisdorf, Giebenach

**Seniorenverein Frenkendorf und Umgebung**

Frenkendorf, Füllinsdorf, Arisdorf, Giebenach

**Beitrittserklärung**

Name und Vorname:………………………………………………………………………………...

Adresse:…………………………………………………………………………………………………

Geburtsdatum:………………………………………………………………………………………...

Datum und Unterschrift:……………………………………………………………………………...

E-Mail-Adresse:…………………………………………………………………………………………………