

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied bei TheraWieWa e.V werden.

Die Felder bitte ausfüllen, zutreffendes bitte ankreuzen

Vor – und Zuname	
Strasse	
PLZ und Wohnort	
Geburtsdatum	
Telefon	
E-Mail Adresse	

Ich bin Selbstständig ja nein

wenn nein, bitte vollständige Adresse der Praxis des Arbeitgebers in Tabelle eintragen.

Praxis Name	
Strasse	
PLZ, Ort	

Ich erkenne die Satzung an und beantrage die Aufnahme in den TheraWieWa e.V.

Wiesloch, den 06.02.2009 _____

Unterschrift