

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Ich beantrage die Mitgliedschaft bei der Kreisverkehrswacht Lippe e. V.

NAME: _____

VORNAME: _____

GEB. DATUM: _____

PLZ, WOHNORT: _____

STRASSE, HAUSNR.: _____

E-MAIL: _____

TEL.: _____

UNTERSCHRIFT: _____



Kreisverkehrswacht Lippe e. V.
Sicherheitstrainingsplatz in Lippe e.V.

Büxter Weg 43
32107 Bad Salzuflen

Fon: 05222 803448
Fax: 05222 803449
Mail: info@sicherheitstraining-lippe.de

www.kreisverkehrswacht-lippe.de