

Bürgergesundheitsgenossenschaft Hülben

Interessenbekundung Zum Beitritt:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon tagsüber: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Ich möchte mit _____ Genossenschaftsanteilen (mindestens 5 x 100 Euro) beitreten

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Speicherung meiner Daten für den oben genannten Zweck einverstanden.

Datum und Unterschrift

Bitte diese Seite per Post oder als Scan einsenden an:

Genossenschaftliches Gesundheitszentrum in Hülben, Bürgermeisteramt Hülben,
Hauptstraße 1, 72584 Hülben, info@huelben.de

Mehr Informationen über das Gesundheitszentrum finden Sie unter:
www.gesundheitszentrum-huelben.de