



Beitrittserklärung „Prevent a Bite Bern“

Name

Vorname

Geburtstag Beruf

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

E-Mailadresse

Natelnummer

Beitragsmodell wählen (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--------------------------|----------------|---------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Aktivmitglied | Jahresbeitrag | CHF 50.00 |
| <input type="checkbox"/> | Passivmitglied | Jahresbeitrag | CHF 30.00 |

Danke für die Unterstützung!

Ich habe die Statuten zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden.

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift