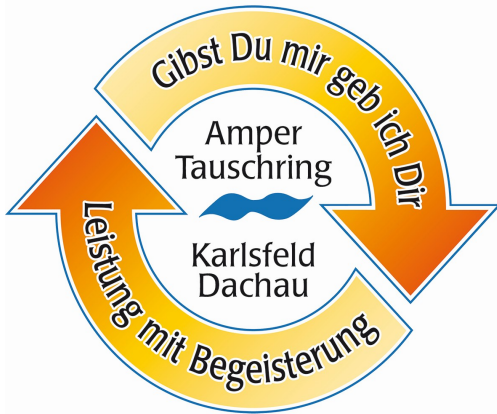


Aufnahmeformular



Amper-Tauschring Karlsfeld-Dachau

Bitte senden an: Inge Straub, 189atr@ampertauschring.de

Ich nehme teil	Mitglieds-Nr. <small>(wird vom ATR-OrgTeam ausgefüllt)</small>
Nachname:	Vorname:
Straße/Haus-Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail:	Mobil:

Aufnahmegebühr in Höhe von € 5,00 plus Jahresbeitrag in Höhe von € 5,00 pro Jahr habe ich heute bar bezahlt.

Die Marktzeitung

habe ich heute persönlich erhalten.

Die Marktzeitung

möchte ich künftig per E-Mail erhalten.

Tauschheft und Satzung

habe ich heute persönlich erhalten.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Amper-Tauschrings Karlsfeld-Dachau an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine, auf diesem Blatt abgegebenen Daten gespeichert und ausschließlich Teilnehmern der Tauschring-Systeme bekannt gegeben werden.

Angebote / Suche

Rubrik-Nr.:	Biete / Text:
Rubrik-Nr.:	Suche / Text:

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift