

Anmeldeformular für Gönnermitgliedschaft

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Strasse/Nr.	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>		
Rückführungsland	<input type="text"/>		

Weitere Familienangehörige

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Sie selber oder gibt es eine in Ihrem Haushalt lebende Person, die Mitglied werden möchte und eine Krankheit hat oder sich derzeit in ärztlicher Behandlung befindet? nein ja

Wenn ja, welche Krankheiten? Bitte ärztlichen Bericht beilegen!

Ich habe das „Reglement des Fonds für Bestattung und Leichnamsüberführung“ gelesen und erkläre mich damit einverstanden.

Datum/Ort Unterschrift V/C