

HEV

VEREIN HEILPÄDAGOGISCHE *Entlastungsangebote* VOGELSANG

Mitgliedschaft/Unterstützungsbeiträge

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____ @ _____

Ich unterstütze das Entlastungsangebot mit

einer Mitgliedschaft zu Fr. 80.00 pro Jahr

einem Gönnerbeitrag

Ich wünsche Informationen

Ort / Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. Dadurch können Familien mit einem behinderten Kind entlastet werden.

HEV

VEREIN HEILPÄDAGOGISCHE *Entlastungsangebote* VOGELSANG

Mitgliedschaft/Unterstützungsbeiträge

Name _____

Vorname _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____ @ _____

Ich unterstütze das Entlastungsangebot mit

einer Mitgliedschaft zu Fr. 80.00 pro Jahr

einem Gönnerbeitrag

Ich wünsche Informationen

Ort / Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung. Dadurch können Familien mit einem behinderten Kind entlastet werden.