



Anmeldeformular

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Ort:

E-Mail 1:

E-Mail 2:

Tel. Mobil 1:

Tel. Mobil 2:

Geburtsdatum:

AHV Nummer:

--> Bitte Formular inkl. Passfoto und ID/Passkopie zurück an lizenzen@hakoah.ch