

Polio Landesverband S.-H.  
Erlengrund 15  
24211 Preetz



Ich möchte dem **Verein Polio Landesverband Schleswig-Holstein –Selbsthilfe- e.V.** beitreten.

Die Satzung ist mir bekannt

Die Satzung ist mir nicht bekannt. Ich bitte um Zusendung  
(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name ..... Vorname .....

Straße ..... PLZ, Ort .....

Tel.: ..... Email .....

Datum ..... Unterschrift .....