



Gesundheitsallianz Schweiz

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann freuen wir uns über Ihre Anmeldung und danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Antrag auf Mitgliedschaft

Flexibler Jahresbeitrag: min. CHF 25.00

Vorname:

Familiename:

Strasse:

PLZ:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Wünschen sie einen Einzahlungsschein? ja nein

Bankangaben für E Banking?

Datum:

Unterschrift:

Senden an:

Martina Kehr
Hauptgasse 34
4600 Olten

info@gesundheitsallianz.ch