

Sie können dieses Formular direkt ausfüllen, indem Sie in die Felder klicken.
Sie können das ausgefüllte Dokument **NICHT** abspeichern.
Für Ihre Unterlagen drucken Sie das Dokument bitte aus.
Um dieses Dokument auszudrucken, aktivieren Sie bitte **vor dem ausfüllen** JavaScript.



Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP

9500 Wil

www.angehoerige.ch

Beitrittsgesuch NAP

Aktuelles Datum:

Ich/Wir möchte/n gerne dem Verein "Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie NAP" beitreten als:

- Einzelmitglied** (Jahresbeitrag: 60.- CHF)
- Institution/Organisation** (Jahresbeitrag: 500.- CHF)
- Gönner** (Jahresbeitrag: 100.- CHF)

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Tel. / Mail P:

Tel. / Mail G:

Profession:

Institution:

Bemerkung:
(optional)

Beitrittsgesuch bitte senden an:

Angehörigenberatung
Zürcherstrasse 30
9500 Wil

oder direkt per Mail an angehoerige.ch: