

Ich möchte Witaf – Seit 1865 im Dienste der Gehörlosen Mitglied werden und die Klub Vorteile nutzen!

Herr Frau

Vorname	
Nachname	
Geboren am	
Straße	
PLZ	
Ort	
E-Mail*	
Mobil Nummer*	

Kinder unter 12 Jahre Kinder über 13 Jahre

Kind	
Geboren am	
Kind	
Geboren am	
Kind	
Geboren am	

.....
Datum

.....
Unterschrift bzw. Jugendliche 13-17 Jahre von Erziehungsberechtigte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Erlaubnis von *Zusendungen (Mitgliederinformationen, Postsendungen, Newsletter, WhatsApp-News etc.) an meine oben angeführte Wohnadresse, E-Mailadresse und Mobilnummer.

Der Witaf dankt für Deine Treue und Unterstützung für die Mitgliedschaft!
#WirSindEineFamilie