

Mitgliedsaufnahmeantrag

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied im Jenaer Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V.

Name:

Vorname:

Anschrift:

.....

Telefon:/.....

Geburtsdatum:

Grad der Behinderung:

Ort, Datum, Unterschrift