Gehörlosenverein Bern

Mitglied des Schweizerischen Gehörlosenbundes und der Interessengemeinschaft Gehörlose u. Hörbehinderte im Kanton Bern

---

Anmeldung für GVB-Mitgliedschaft

Anrede:

Name: Vorname:

Strasse: Hausnummer:

PLZ: Ort:

Geburtsdatum (Tag/ Monat/ Jahr): . .

Schreibtelefon: Telefon:

Mobile: Fax:

Email:

Datum: Unterschrift: