



**Galaktosämie Schweiz
Galactosémie Suisse
Galattosemia Svizzera**

ANMELDUNG

Ich möchte dem Verein für Galaktosämie Schweiz gerne beitreten als
Je veux m'affilier à l'Association Suisse pour Galactosémiques:

Firma / nom
Name / nom
Vorname / prénom
Adresse / adresse
PLZ, Ort / code postal, lieux
E-Mail:
Tel.:

Aktiv-Mitglied / membre - active

Vorname des Kindes / prénom d'enfant:

Geburtsdatum des Kindes / date de naissance d'enfant:

Passiv-Mitglied / membre - passiv

Gönner / donateur

Datum / Date:..... Unterschrift / signature:.....