Anmeldung zum SO Kurs

Verein:

Durchführungsort:

Teilnehmer:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon:

Mobile:

Geburtstag:

Email:

Verein:

SVDS-Mitgliednummer:

Medic Kurs besucht am:

Name Präsident/in:

Unterschrift Präsident:

Kontaktmöglichkeit:

Bitte eine Kopie des SVDS Mitgliederausweises sowie die Kursbestätigung des Medic Kurses beilegen!

Per Email senden an: nroi@ipsc.ch