



PENSIONIERTE MITARBEITER DES GESUNDHEITSBEZIRKS BOZEN

Die Unterzeichnenden.....

.....

EMAIL:

TELEFON.....

***Jahresgebühr von 25 € bei einmaliger Zahlung per Banküberweisung.**

Zahlungsdetails:

Vereins-Girokonto (CRO)

IBAN: IT32A 06045 11611 0000000 62300

GRUND: Registrierung (CROfck) Name, Nachname und Referenzjahr des Rentners.

**Senden Sie das unterschriebene Formular und den Zahlungsbeleg an:
CROFCK.bz@sabes.it**

FREIZEITCLUB KRANKENHAUS

Ich bin mit der Verarbeitung der angegebenen Daten einverstanden, soweit dies zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke nach geltendem Recht und im Hinblick auf die vom Verein geförderten Initiativen erforderlich ist.

Datum

Unterschrift.....