

Kreisschützenbund Vorpommern-Greifswald
Puschkinring 3
17491 Greifswald



Anmeldeformular

Bitte füllen Sie das untenstehende Formular vollständig aus.

Lehrgang: Waffensachkundelehrgang nach §7 WaffG

Ich besitze einen Waffensachkundenachweis: Ja Nein

Mitgliedsnummer: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Verein: _____ Mitglied seit: _____

Datum

Unterschrift