

Ich wünsche dem Verein Therapie Hund Mensch beizutreten als:

Aktivmitglied* CHF 50.-/Kalenderjahr Passivmitglied ab CHF 30.-/Kalenderjahr

Gönner CHF _____ (Betrag frei wählbar)

*für Kursabsolvierende obligatorisch

Personalien

Vorname/Name _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Strasse _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobile _____

E-Mail _____

Angaben über meinen Hund

Rufname _____

Zuchname _____

Rasse/Mischling _____

Wurfdatum _____

Geschlecht: Rüde Hündin

Kastriert: Ja Nein

Ausbildungsstand

Welpenschule Ja Nein

Grundausbildung Ja Nein

Fortbildung/Hundesport Ja Nein

andere/weitere _____

Ich habe die aktuellen Statuten des Vereins Therapie Hund Mensch THM zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____