

Anmeldebogen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ/Wohnort:

Straße:

Telefon:

Email:

Tätigkeit/Beruf:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

Vegetarier: ja: nein:

Es würde uns freuen, wenn Sie sich kurz vorstellen:

Was bewegt Sie diese Mitlebewoche mitmachen zu wollen?

Hiermit melde ich mich an vom:

bis:

Bitte senden Sie das ausgefülltes Formular an: anmelden@huelfensberg.de