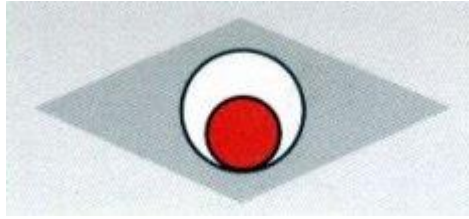


KontaktLinse e.V.  
Psychosozialer Hilfsverein  
Dorotheenstraße 8  
08371 Glauchau  
Telefon: 03763-501904



## Mitgliedsantrag

Ich bitte hiermit um Aufnahme als Mitglied in den psychosozialen Hilfsverein Kontaktlinse e.V.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift