



## Ich möchte Mitglied der Evangelischen Kirchgemeinde Grabs-Gams werden

---

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon oder Email: \_\_\_\_\_

Weitere Familienmitglieder:

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie dieses Formular an die

Evang. Kirchgemeinde Grabs-Gams  
Wassergasse 6  
9472 Grabs