



MITGLIEDSCHAFTSANFRAGE

Salon : _____

Name : _____ *Vorname* : _____

Strasse : _____

PLZ : _____ *Sprache* _____

Ortschaft : _____ *Tel* _____

WEB site: _____

E-mail : _____

Anzahl der aktiven Personen im Salon : _____

Anzahl m2 des Salons : _____

Name und Vorname des 1. Paten : _____

Name und Vorname des 2. Paten : _____

Motivation, um ein Mitglied der Haute Coiffure Française zu werden :

Ort : _____ *Datum* : _____

Unterschrift : _____

Bitte senden Sie Ihre Anfrage an:
Armida Serratore, Dorfstrasse 7, 5630 Muri
Tel. 056 664 19 21