

Lauenstein-Sozialfonds e. V.
Fax: 05423 – 4102812

ABSENDER (Stempel)

**Mitgliederversammlung
Lauenstein-Sozialfonds e. V.**

- Als Vertretungsberechtigter unserer Einrichtung nimmt an der Mitgliederversammlung teil:
Frau/Herr _____
- Keine Teilnahme möglich

Ort/Datum

Unterschrift der/s Vertretungsberechtigten
der Einrichtung
