

## Antrag bcb-Vereinsmitgliedschaft

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

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

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

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Motivation zur Mitgliedschaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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

Den Aufnahmeantrag bitte zurücksenden an:

bcb Bildungszentrum  
Scheibenstrasse 3  
3600 Thun  
sekretariat@bcb-schweiz.ch