

**Die Partei  
Frauen und Familie**

**FFP**

Ich will Mitglied im FFP

(Vorname)

(Familiename / Nachname)

**ADRESSE / ORDENTLICHER WOHNSITZ / (WOHN-)ANSCHRIFT:**

(Straße, Stiege, Türnummer)

(Postleitzahl)

(Ort / Gemeinde)

**GEBURTSDATUM:**

**GEBURTSORT:**

geboren am..... in.....

Bundesland bzw.

STAATSBÜRGERSCHAFT

E-Mail

Tel: Oder Handy

**FAMILIENSTAND:**

ledig

verheiratet

geschieden

verwitwet

(Ort, Datum)

(Unterschrift)