

## Zusendung von Infos bezüglich Mitgliedschaft

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

Straße: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Beruf/Ausbildung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Den ausgefüllten Bogen bitte per Mail an: [info@wundlosgluecklich.at](mailto:info@wundlosgluecklich.at) oder per Post an:

Health Care Cooperation OG  
Grundenweg 12  
5071 Wals Himmelreich

Wir lassen Ihnen in der Folge ganz unverbindlich Informationen betreffend einer Mitgliedschaft im wundlos glücklich Netzwerk per E-Mail zukommen.

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