



Hiermit beantrage ich meinen **Beitritt** zum
Bund der Ehemaligen der Wilhelm-Raabe-Schule
zu Lüneburg

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Mindestbeitrag € 10,-/Jahr E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Abs.

Postkarte



Frau
Dr. Luise Reinhardt-Drischler
Friedrich-Ludwig-Jahn-Str. 19

21335 Lüneburg