



RAG - Saarland - Kontaktdaten -

* Beitrittsdatum:

Name:	*
Vorname:	*
Geb.-Datum:	*
Straße Nr.:	*
PLZ:	*
Wohnort:	*

Telefon:	*
Handy:	*
Fax:	
E-Mail:	*

Beruf:	
Firma:	
Ort:	
Telefon:	
Handy:	
Fax:	

Rang	*
PK:	*
RK:	*
Kreisgruppe:	*

Zuständiges Landratsamt zur Erteilung von waffenrechtl. Genehmigungen:*
Bemerkung:

Die mit Sternchen gekennzeichneten Felder unbedingt ausfüllen!!

Bitte zurück an: Klaus Peter Schirra, Heiningen Str. 4a, 66798 Wallerfangen