

Anmeldung zur Krankenkommunion



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Hs-Nr.: _____

Wohnort: _____

Tel: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass ich ab dem nächsten Monat die Krankenkommunion empfangen werde.
- Ich wünsche über den Besuch vorab telefonisch informiert zu werden.

Ort/Datum

Unterschrift



Pfarreiengemeinschaft
BUCH - OBENHAUSEN