Anmeldeformular Chlausenschiessen

Verein

# Verantwortlicher:

Name, Vorname

Strasse

Plz./Ort

Telefon

E-Mail

IBAN-Nr.

Kontoinhaber

**Gruppenname** **[ ]**  Kat. A [ ]  Kat. D

Lizenz-Nr. Name, Vorname Jg. Gewehr

**Gruppenname       [ ]**  Kat. A [ ]  Kat. D

Lizenz-Nr. Name, Vorname Jg. Gewehr

# Einzelschützen

Lizenz-Nr. Name, Vorname Jg. Gewehr

# Gewünschte Schiesszeit

Samstag, 29. Nov. 2025 (08.30 – 16.30 Uhr durchgehend)

Samstag, 6. Dez. 2025 (08.30 – 16.30 Uhr durchgehend)

Sonntag, 7. Dez. 2025 (08.30 – 12.00 Uhr)

**Reservationen für Mittagessen am Chlausenschiessen** Anzahl Zeit Samstag, 29. Nov. 2025

Samstag, 6. Dez. 2025

Sonntag, 7. Dez. 2025

**Senden an:** **info@hammer-druck.ch** **/ Heinz Hammer, Kornhausstrasse 4, 4622 Egerkingen**