

# Antragsformular

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den GCCW als Inhaber eines Zertifikats:

---

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. prof \_\_\_\_\_

Mobile \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Arbeitsgeber \_\_\_\_\_

---

Spielniveau  Handicap \_\_\_\_\_  Anfänger

(bitte Handicapnachweis oder Platzreifebestätigung beilegen)

---

Sind Sie schon Mitglied eines Golfclubs gewesen?  ja  nein

Wenn ja, in welchem? \_\_\_\_\_

Wer hat Ihnen den GCC Wallenried empfohlen? \_\_\_\_\_

Gewünschte Korrespondenzsprache:  deutsch  französisch

---

\* Der/Die Antragsteller/Antragstellerin bestätigt durch seine Unterschrift, das interne Reglement, die Statuten und die Versicherungssituation im GCCW zu kennen und zu akzeptieren.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift\* \_\_\_\_\_

Zurücksenden an:

Per Mail:  
info@golf-wallenried.ch

Per Post:  
Golf & Country Club Wallenried  
Chemin du Golf 18  
1784 Wallenried