ALTDORFER WUCHÄMÄRCHT

Antragsformular für Neue Marktfahrer/innen

Name / Vorname:_____

Strasse:_____

PLZ/Ort :_____

Mail :_____

Tel:_____ Natel:_____

www.altdorfer-wochenmarkt.ch

stefanie-gisler78@outlook.com

Mein Warenangebot für den Wochenmarkt Altdorf würde folgende Produkte beinhalten:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Folgende Produkte stammen nicht aus eigener Produktion oder Region:

_____
_____
_____

Ich würde gerne ab folgendem Datum_____ am Altdorfer Wochenmarkt dabei sein!

Ich komme jeden Samstag auf den Wochenmarkt: JA NEIN

(Marktfahrerjahr November – Oktober)

Wenn NEIN, an welchen Daten werde ich nicht auf den Wochenmarkt kommen:

(Mind. 25mal pro Marktfahrerjahr Nov.-Okt. müssen Sie anwesend sein)

_____

Alle Marktfahrer/innen bringen ihren eigenen Marktstand mit!

Die Grösse meines Marktstandes beträgt Länge: _____ Breite:_____

Ort / Datum: Unterschrift: