


Anrede, Titel, Briefanrede:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Telefon Privat:	<input type="text"/>	
Vorname, Nachname:	<input type="text" value="Pflichtfeld"/>	<input type="text" value="Pflichtfeld"/>		Telefon Mobil:	<input type="text"/>	
Adresse:	<input type="text"/>			Telefon Geschäft:	<input type="text"/>	
Adress-Zusatz:	<input type="text"/>			Fax:	<input type="text"/>	
PLZ, Ort, Land:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>	
				E-Mail Alternativ:	<input type="text"/>	
Geschlecht, Zivilstand:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Geburtsdatum, Nat.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Eintritt, Austritt, Status:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kein Mitglied	Gruppen:	<input type="text"/>	
Benutzer-Id, Rolle:	<input type="text"/>	Standard Benutzer				
Mitglied, Verband:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		3. Böllergerät, Beschuss 3:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haftpfl.Versicherung:	<input type="text"/>			4. Böllergerät, Beschuss 4:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
527 Schein Eintragungen:	<input type="text"/>			5. Böllergerät, Beschuss 5:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
527 Schein gültig, Behörde:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		6. Böllergerät, Beschuss 6:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Notfallkontakt:	<input type="text"/>			7. Böllergerät, Beschuss 7:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Böllergerät, Beschuss 1:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		8. Böllergerät, Beschuss 8:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Böllergerät, Beschuss 2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>		9. Böllergerät, Beschuss 9:	<input type="text"/>	<input type="text"/>