



Aufnahmeantrag

Hiermit wird die Mitgliedschaft für nachstehende Person / Firmen im Verein *Partner für Gesundheit* beantragt.

Name, Vorname / Firma:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Mit der Unterschrift werden die Satzung und Ordnungen des Vereins anerkannt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bankverbindung zum Lastschrifteinzug des Mitgliedsbeitrages
in Höhe von € je Monat

Kontoinhaber:

Kontonummer:

BLZ:

Bank:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Partner für Gesundheit e.V.
hoffmann & ewert
Eisenbahnstr. 72
D-16225 Eberswalde

www.partnerfuergesundheits.de
info@partnerfuergesundheits.de
Fon: 03334 / 52 67 67
Fax: 03334 / 38 72 38

Bankverbindung
Inhaber: Partner für Gesundheit e.V.
Sparkasse Barnim
KTO 3 0000 484 71 BLZ 170 520 00