



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Wohnort	
Land	
Telefon	
E-Mail	

die Aufnahme in den Verein **adventurecare e.V.** ab dem:

Jahresbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Aktives Mitglied (nur nach Genehmigung des Vorstandes) 33 €
- Passives Mitglied € (1-100 €)

Mitglieds-Nr. (vom Verein auszufüllen)

.....
Ort, Datum Unterschrift

.....
(bei Minderjährigen Unterschrift eines gesetzlichen Vertreters)

Bitte per E-Mail an:

adventurecare e.V. Boosstrasse 5 81541 München +49 172 841 08 35 mitglieder@adventure.care

Spendenkonto Commerzbank IBAN: DE80 7008 0000 0617 9861 00 BIC: DRESDEFF700