

# kriegskind.de / projekt zur therapie kriegstraumatisierter

## AUFNAHMEANTRAG

Name		Vorname	
Strasse		Land	
Wohnort		PLZ	
Geburtsort		Geburtsdatum	
Beruf		Berufstätigkeit beendet seit	
Fon:		FAX	
E-Mail		WWW.	

Bitte teilen Sie uns kurz mit, warum Sie dem Verein beitreten möchten

*Ich bitte um Aufnahme in den Verein kriegskind.de e.V*

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

Bitte senden das unterschriebene Formular per Post oder Fax an die 1 Vorsitzende des Vereins und überweisen Sie den Mindestbeitrag von 36,-€ auf das Konto

Name des Kontos: kriegskind.de e.V.

KTO. NR. 8206930

BLZ: 21050170

Förde Sparkasse

Ich bin mit dem Abruf des Jahresbeitrags einverstanden

Kto. Nr.:

BLZ:

Bank:

Kontoinhaber:

Unterschrift:

**DER VEREIN IST ALS GEMEINNÜTZIG ANERKANNT!**

**Dr. med Helga Spranger**

**Fritz Reuter Weg 17**

**24229 Strande**

**1. Vorsitzende**