AUFNAHMEANTRAG LAG FaM

Ich/Wir beantrage/n die Aufnahme in die Landesarbeitsgemeinschaft Familienzentren und Mehrgenerationenhäuser (LAG FaM) Brandenburg:

Name des FamZ/MGH:

Träger:

PLZ, Ort:

Straße, Nr.:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

Homepage:

Ansprechpartner (Angabe der Kontaktdaten falls abweichend)

Name:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Der Mitgliedbeitrag beträgt 50 € pro Jahr

Für die Teilnahme an Mitgliederversammlungen und Veranstaltungen wird von der durchführenden Einrichtung ein Kostenbeitrag erhoben.