



Antrag zur Aufnahme als assoziiertes Mitglied in den Bundesverband „Bunter Kreis“ e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als assoziiertes Mitglied im
Bundesverband Bunter Kreis e.V.

Ansprechpartner
Name / Vorname

Position / Beruf

Nachsorgeeinrichtung, wenn nicht vorhanden Name der Klinik/ Einrichtung

Straße:

PLZ / Ort:

E-Mail:

Mit welcher Kinderklinik beabsichtigen Sie zu kooperieren?

Welches Einzugsgebiet möchten Sie mit Nachsorge versorgen?

**Möchten Sie ein „Bunter Kreis“ werden und die Namensrechte an der Wort- und
Bildmarke erwerben?**

Ja

Nein

Datum / Unterschrift:
