

Bündnis-Mitgliedschaft Equal Care München:

Bündnis Equal Care München
c/o Münchner Initiative Nachhaltigkeit
Parkstraße 18
80339 München

Daten der Antragsteller*in

Institution / Privatperson: _____
Unzutreffendes bitte streichen.
Vertreten durch: _____
Funktion: _____
Adresse: _____
E-Mail Adresse: _____
Telefon: _____
Website/Social-Media: _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bündnis Equal Care München.
Als Mitglied verpflichte ich mich die in der Bündnissatzung formulierten Ziele und Werte aktiv zu unterstützen.

News & Email: Jedes Mitglied wird per Email über Aktivitäten des Bündnis Equal Care informiert und zu Bündnis-Treffen und Veranstaltungen eingeladen. Falls dies über weitere Adressen oder eine andere Adresse als die im Antrag genannte erfolgen soll, bitten wir dies mitzuteilen.

Rechtsstatus: Equal Care München hat keinen eigenen Rechtsstatus und wird deshalb als ein Projekt der Münchner Initiative Nachhaltigkeit geführt.

Ort, Datum, Unterschrift Vertreter*in der Organisation

Stempel

Auskunft für das Bündnis Equal Care München

Bitte beantworten Sie als Organisation oder Privatperson folgende Fragen:

Wer sind Sie? _____

Welchen Stellenwert
hat Equal Care für Sie? _____

Wie definieren Sie
den Begriff Care? _____

Ihre Erwartungen an
Equal Care München: _____

Damit können Sie
Equal Care München
unterstützen: _____

Aktuelle Projekte: _____

Geplante Projekte
mit potentieller
Schnittmenge zu
Equal Care München: _____

Anmerkungen: _____