

Akademie

2. Lebenshälfte

im Land Brandenburg

**GESTALTEN SIE DIE ZUKUNFT DER
AKADEMIE 2. LEBENSHÄLFTE MIT!**

WERDEN SIE MITGLIED UNSERES FÖRDERVEREINS!

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon:

1. Ich stelle hiermit den Antrag auf Mitgliedschaft im
Förderverein Akademie 2. Lebenshälfte im Land
Brandenburg e.V.

2. Ich habe Interesse und möchte weiteren Informationen
dazu erhalten.

Besonders interessieren mich folgende Projekte/
Kontaktstellen:

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift