



Rettungshubschrauber  
**Christoph.2**

# BEITRITTSERKLÄRUNG

HIERMIT ERKLÄRE ICH,

NAME, VORNAME

STRASSE, NR.

PLZ, WOHNORT

TELEFON  TELEFAX

GEBURTSDATUM  E-MAIL

MEINEN BEITRITT ZUM „FÖRDERVEREIN DER LUFTRETTUNGSSTATION CHRISTOPH 2  
IN FRANKFURT AM MAIN E.V.“ ZUM \_\_\_\_\_ (BEITRITTSDATUM)

DER JÄHRLICHE MITGLIEDSBEITRAG BETRÄGT

10,00 € (MINDESTBETRAG)

\_\_\_\_\_ (ANDERER BETRAG)

ORT, DATUM  UNTERSCHRIFT