



Nachbarschaftshilfe Kreis 4  
Bullingerstrasse 9  
8004 Zürich

# Beitrittserklärung

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Institution / Firma:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Passiv:** \_\_\_\_\_ **Aktiv:** \_\_\_\_\_ **Hilfe suchend:** \_\_\_\_\_ **Spender:** \_\_\_\_\_