



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:** ____