

WERDEN SIE AKTIV IM NETZWERK KVI ALS KOOPERATIONSPARTNER*IN

(Bitte füllen Sie das Formular aus und schicken es unterschreiben an uns zurück.)

JA, ICH MÖCHTE KOOPERATIONSPARTNER*IN WERDEN UND IN DEN E-MAIL-
VERTEILER NETZWERK KVI AUFGENOMMEN WERDEN

Organisation:

Funktion:

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Bundesland:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Möchten Sie als Partner*in im Netzwerk Kvi auf unserer Website
<https://www.netzwerk-kvi.de/netzwerkpartner/> stehen?

JA, MIT DEN INFORMATIONEN: ORGANISATION, ORT, BUNDESLAND

JA, MIT DEN INFORMATIONEN: ORGANISATION, ORT, BUNDESLAND, NAME

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten beachten wir die Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung.
Ausführliche Informationen finden Sie im Datenschutzbereich unserer Website. Es entstehen keine Kosten.