

KREUZBUND Diözesanverband Berlin e.V.

KREUZBUND

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige

Fachverband im Caritasverband

Standort/Regionalverband: _____**Neuanmeldung ab:** _____

Hauptgruppenleiter:	_____	_____
	Name	Vorname
Adresse:	_____	_____
	Straße	Telefon
	_____	_____
	PLZ	Ort
	_____	_____
	Email-Adresse	Mitgl.-Nr.:

Hauptgruppenleiter: Stellvertreter	_____	_____
	Name	Vorname
Adresse:	_____	_____
	Straße	Telefon
	_____	_____
	PLZ	Ort
	_____	_____
	Email-Adresse	Mitgl.-Nr.:

Zahl der Kreuzbundmitglieder: _____ Weitere Gruppenmitglieder: _____

Benötigte Exemplare WEGGEFÄHRTE: _____ Stück

Benötigte Exemplare INFO-Zeitung: _____ Stück

Gruppentag / Zeit:	_____	_____
	Tag	Zeit: von / bis
Gruppenanschrift:	_____	_____
	Straße	Nr.
	_____	_____
	PLZ	Ort

Nur für Neugründungen:**Wir bitten um die Zuteilung einer „Starthilfe“ für unsere Gruppe:**

Ort / Datum

Unterschrift / Hauptgruppenleiter

Unterschrift / Regionalverband

Zur Kenntnis genommen und befürwortet:

Ort / Datum

Unterschrift / Diözesanvorstand