

# Mitgliedsantrag

## Bündnis für ein Zeugnisverweigerungsrecht in der Sozialen Arbeit (BfZ)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Bündnis für ein Zeugnisverweigerungsrecht in der Sozialen Arbeit (BfZ). Gleichzeitig erkläre ich mich mit den Leitlinien des Bündnisses einverstanden.

### Art der Mitgliedschaft (zutreffendes bitte ankreuzen)

**Vollmitglied (Überregional agierende Einrichtungen und Verbände der Profession der Sozialen Arbeit)**

Organisation \_\_\_\_\_

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon

mobil

e-mail

\_\_\_\_\_  
Gründungsdatum

**Unterstützendes Mitglied (lokale Träger, regionale Fachverbände u. interessierte Einzelpersonen)**

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Einzelperson: (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Telefon

mobil

e-mail

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Beruf

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift