



Antrag auf Mitgliedschaft in der Organisation
MEDICAL KNIGHTS MOTORBIKER RESCUE EUROPE (MKMR)

Vorname, Name: _____
Geburtsdatum: ____:____:_____
Beruf: _____
Land: Deutschland Schweiz Spanien
Plz, Ort: _____
Strasse, Nr.: _____
Vorwahl, Festnetz: _____
Mobil: _____
eMail: _____@_____._____

Ich beantrage hiermit die Aufnahme, ab dem _____
als Mitglied in der Organisation der MEDICAL KNIGHTS MOTORBIKER RESCUE EUROPE

- Ich erkläre, dass mir die Grundsätze der Organisation MKMR EUROPE bekannt sind und ich diese im vollen Umfang anerkenne.
- Ferner willige ich ein, dass die hier gemachten Angaben an die Mitglieder der MKMR EUROPE für den internen Gebrauch weitergegeben werden dürfen.

Ort, Datum Unterschrift

Als Mitglied der MKMR EUROPE aufgenommen ab dem _____

Betreuendes Chapter: _____

Ort, Datum

Unterschrift Präsident

Unterschrift Präsidiumsmitglied