

Allianz gegen Lebensmittelverschwendung und Armut

Anmeldeformular – Netzwerkpartnerschaft *

1. Ihre Daten

Organisation: _____

Adresse: _____

2. Kontaktperson

Name: _____

Funktion / Position: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

3. Netzwerkpartnerschaft

Die Netzwerkpartnerschaft ist kostenlos.

4. Datenschutz

Einwilligung zur Datenverarbeitung erteilt.

5. Unterschrift

Ort, Datum (Start der Partnerschaft): _____

Unterschrift / Name: _____

* Netzwerkpartner sind nicht-kommerzielle Organisationen