



Antragsformular für Bezuschussung der Therapie

Name:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Telefon-Nr.:

Antrag zur finanziellen Unterstützung durch den Verein:

- Sternentraum 2000 e.V.
- Sternenstunde 2022 e.V.
- _____ (anderer Verein)

Wir wünschen uns die Kostenübernahme für die Therapie von _____ (Name Klient)

Die Therapie soll ab dem _____ (Datum) stattfinden.

Die Kostenübernahme soll für folgenden Betrag übernommen werden:

- volle Kosten
- Teilbetrag in Höhe von _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vorstand;
Nathalie Dieterich
Schatzmeister;
Carolin Heitz

Mairichweg 27,71546 Aspach
Tel; +49 174/3406429
Amstgericht Stuttgart, 726059
Steuer ID 51049/4766

Voba BK
DE85 6029 1120 0148 6360 04
KSK WN
DE80 6025 0010 0015 2120 03