

## BELÉPÉSI NYILATKOZAT Intézmények részére

Csatlakozni szándékozom a Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítványhoz  
A szolgálat céljait ismerem, azokat magaménak vallom.

Intézmény neve: .....

Intézmény profilja:.....

Cím: .....irsz. ....város .....utca

.....hsz.....em. ....ajtó

Telefonok: intézmény:..... mobil:..... fax:.....

E-mail: .....

Intézmény képviselőjének neve:.....

Telefonok: intézmény:..... mobil:..... fax:.....

E-mail: .....

Tudomásul veszem, hogy taggá nyilvánításomról a vezetőség dönt.

20..... hó .....nap

Ph. ....

aláírás  
intézményvezető

Taggá nyilvánítjuk.

Vezetőségi tagok aláírása: .....

.....

.....

.....

.....

✂-.....

**A Magyar Lovasterápia Szövetség Alapítvány  
cím telefon és fax száma:**

**Cím:**

**Magyar Lovasterápia Szövetség  
1066 Budapest Teréz krt 24**

**Telefon: 06 1 4757018**

**06 1 4757000**

**Fax: 06 1 3024136**

**Bankszámlaszám: OTP 11794008-22000022**

**Telefax: 06 1 302-4136**