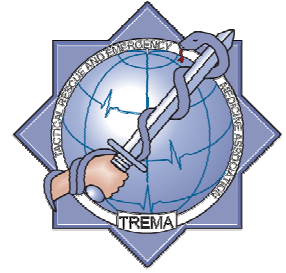


**TACTICAL RESCUE AND EMERGENCY MEDICINE ASSOCIATION
TREMA E.V.**



Empfehlungsscheiben N°

Anlage zum Mitgliedsantrag

Antragsteller:			
Name / Name*		Vorname / FirstName*	
Geb.Datum / birthdate*			
Priv. Adresse / * home adress			
e-mail*			

TREMA Mitglied			
Name / Name*		Vorname / FirstName*	
Geb.Datum / birthdate*			
Priv. Adresse / * home adress			
e-mail*			
Mitgliedsnummer			

Empfehlung:

Large empty box for the recommendation text, featuring a faint background watermark of the TREMA logo.

Datum/Date*	Unterschrift/Signature*
-------------	-------------------------