Beitrittserklärung zur Einzelmitgliedschaft

Kreisverband Wiesbaden e.V.

Ich möchte AWO-Mitglied werden. Um AWO-Mitglied zu werden, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zu uns. Die AWO hat eine Beitragsstaffellung, um den unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten ihrer Mitglieder in Rechnung zu tragen.

per Post an:

AWO-Kreisverband Wiesbaden e.V.
Kastellstr. 12
65183 Wiesbaden

per FAX an:

0611 95 319 72

Persönliche Angaben

Anrede / Titel *)	☐ Frau ☐ Herr
Vorname *) Nachname *)	
Straße / Hausnummer *)	
PLZ *) Ort *)	
Telefon *)	
Fax	
E-Mail	
Geburtsdatum *)	

Mitgliedsbeitrag (Einzelmitgliedschaft)

Eintrittsdatum *)	
Monatsbeitrag *)	☐ 2,50 € ☐ 3,00 € ☐ 4,00 € ☐ 5,00 € ☐ 7,50 € ☐ 10,00 € ☐ 15,00 € ☐ 20,00 € ☐ 25,00 €

SEPA-Lastschriftmandat

☐ Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt, bis auf Widerruf den Monatsbeitrag in oben angegebener Höhe

☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ einmal jährlich

zu Beginn des jeweiligen Beitragszeitraums von unten angegebenen Konto einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Arbeiterwohlfahrt auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Bank/Kreditinstitut	
Kontoinhaber (falls abweichend)	
IBAN	
BIC	

Ort	Datum	Unterschrift

*) Bitte ausfüllen

Stand 01.02.2016