

Mitgliedserklärung

Ja, ich möchte gerne Mitglied bei der AWO werden.

Name Vorname Beruf/Titel

Straße und Hausnummer PLZ Wohnort

Geburtsdatum Telefonnummer Eintrittsdatum

Einzelmitgliedschaft

Familienmitgliedschaft (Mindestbeitrag 4 Euro, für Alleinerziehende 2,50 Euro)

Name des Ehepartners/Lebenspartners Geburtsdatum

Name des Kindes Geburtsdatum

Ich möchte einen monatlichen Beitrag bezahlen in Höhe von
2,50 / 3,00 / 4,00 / 5,00 / 7,50 / 10,00 / 15,00 / 20,00 / 25,00 Euro
(Unzutreffendes bitte streichen)

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag jährlich/halbjährlich von meinem Konto ab.

Bankverbindung: _____
Geldinstitut

Kontonummer Bankleitzahl

Datum Unterschrift