

# 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.  
Nerotat 18  
65193 Wiesbaden



per FAX an:

0611 712029-99

## Persönliche Angaben

Anrede / Titel *)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr    _____
Vorname *) Nachname *)	_____   _____
Straße / Hausnummer *)	_____   _____
PLZ *) Ort *)	_____   _____
Telefon *)	_____
Fax	_____
E-Mail	_____
Geburtsdatum *)	_____

## Mitgliedsbeitrag (Einzelmitgliedschaft)

Eintrittsdatum *)	_____
Monatsbeitrag *)	<input type="checkbox"/> 2,50 € <input type="checkbox"/> 3,00 € <input type="checkbox"/> 4,00 € <input type="checkbox"/> 5,00 € <input type="checkbox"/> 7,50 € <input type="checkbox"/> 10,00 € <input type="checkbox"/> 15,00 € <input type="checkbox"/> 20,00 € <input type="checkbox"/> 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	_____
ODER	
Kontonummer	_____
BLZ	_____

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------



\*) Bitte ausfüllen