

Dokument ausfüllen, falzen und in Din-lang-Umschlag verschicken. Herzlichen Glückwunsch!

AWO-Kreisverband
Henschelstraße 11
60314 Frankfurt



J A , I C H W I L L M I T G L I E D B E I D E R A W O W E R D E N !

Ich werde Mitglied im Ortsverein:

Name

Vorname

Straße

email

PlZ

Wohnort

Telefon

Geburtsdatum

Beitrittsdatum

Als Monatsbeitrag bezahle ich

- | | | | |
|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 2,50 Euro | <input type="checkbox"/> | 10,00 Euro | <input type="checkbox"/> |
| 3,00 Euro | <input type="checkbox"/> | 15,00 Euro | <input type="checkbox"/> |
| 4,00 Euro | <input type="checkbox"/> | 20,00 Euro | <input type="checkbox"/> |
| 7,50 Euro | <input type="checkbox"/> | 25,00 Euro | <input type="checkbox"/> |

Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt den Monatsbeitrag in Höhe von:

Euro jeweils für 1/2 Jahr

Euro jeweils für 1 Jahr

von meinem Konto,

Bankverbindung Bank

Kontonummer

Bankleitzahl

zu Beginn des jeweiligen Beitragszeitraums einzuziehen.

Datum

TT

MM

JJ

Unterschrift