

Ich möchte AWO-Mitglied werden!

Um AWO-Mitglied zu werden, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an den **AWO-Kreisverband Wiesbaden e.V., Kastellstraße 12, 65183 Wiesbaden.**

Die AWO hat eine Beitragsstaffelung, um den unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten ihrer Mitglieder Rechnung zu tragen.

Beitrittserklärung für Einzelmitgliedschaft (Stand 01.01.2009)

| Name und Adresse | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anrede *) | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr |
| Vorname *) | |
| Nachname *) | |
| Straße *) | |
| PLZ *) Ort *) | |
| Telefon *) | |
| Fax: | |
| E-Mail: | |
| Geburtsdatum *) | |
| Mitgliedsbeitrag (Einzelmitgliedschaft) | |
| Eintrittsdatum *) | |
| Monatsbeitrag *) | <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 € |
| Einzugsermächtigung | |
| <input type="checkbox"/> Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt, bis auf Widerruf den Monatsbeitrag in oben angegebener Höhe | |
| <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> einmal jährlich | |
| zu Beginn des jeweiligen Beitragszeitraums von unten angegebenem Konto einzuziehen. | |
| Kontonummer | |
| Bankleitzahl | |
| Bank, Ort | |

*) Bitte ausfüllen

Anmerkungen, Interessen, Wünsche

Ort, Datum:

Unterschrift

*) Bitte ausfüllen

Die Daten werden per EDV erfasst, gespeichert und verarbeitet.