

AWO-Mitglied werden – Einzelmitgliedschaft

Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Fürstenwalde e. V., Lotichiusstraße 36, 15517 Fürstenwalde

- bitte ausfüllen und per Fax an die Nummer 03361 – 592221 senden -

Name und Adresse

Anrede Frau Herr

Vorname _____

Name _____

Straße _____

PLZ _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Mitgliedschaft

Ortsverein _____

Ortsgruppe _____

Eintrittsdatum _____

Mitgliedsbeitrag

Monatsbeitrag 2,50 Euro
 3,00 Euro
 4,00 Euro
 5,00 Euro
 7,50 Euro
 10,00 Euro
 15,00 Euro
 20,00 Euro
 25,00 Euro

Einzugsermächtigung

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

Einzugsintervall vierteljährlich halbjährlich einmal jährlich

zu Beginn des jeweiligen Beitragszeitraumes von meinem Konto einzuziehen.

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Bank, Ort _____

Kontoinhaber _____

Datum, Ort

Unterschrift

Widerrufsrecht: Ich bin berechtigt, innerhalb einer Woche nach Erhalt einer Bestätigung ohne Angabe von Gründen die Mitgliedschaft zu widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung.