

Beitrittserklärung Arbeiterwohlfahrt



Füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an
AWO Kreisverband Würzburg-Stadt e.V., Am Ostbahnhof 22, 97084 Würzburg

Wir bestätigen Ihnen die Mitgliedschaft schriftlich.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Art der Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft
Name		
Vorname		
Straße		
PLZ/Ort		
Telefonnummer		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Eintrittsdatum		
Beruf/Tätigkeit (diese Angabe dient statistischen Zwecken)	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> ArbeiterIn <input type="checkbox"/> Beamte/r	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> RentnerIn <input type="checkbox"/> selbständig
	<input type="checkbox"/> SchülerIn <input type="checkbox"/> StudentIn <input type="checkbox"/> Auszubildende/r	
Mitgliedsbeitrag:	Bitte wählen Sie den Monatsbeitrag entsprechend der gewählten Mitgliedsart aus (Einzel-/Familienmitgliedschaft).	
Monatsbeitrag Einzelmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> 2,50 Euro <input type="checkbox"/> 4 Euro <input type="checkbox"/> 7,50 Euro <input type="checkbox"/> 15 Euro <input type="checkbox"/> 3 Euro <input type="checkbox"/> 5 Euro <input type="checkbox"/> 10 Euro <input type="checkbox"/> 20 Euro	
Monatsbeitrag Familienmitgliedschaft	<input type="checkbox"/> 4 Euro <input type="checkbox"/> 10 Euro <input type="checkbox"/> 20 Euro <input type="checkbox"/> 5 Euro <input type="checkbox"/> 15 Euro <input type="checkbox"/> 25 Euro	
Ehe-/Lebenspartner/in (Familienmitgliedschaft):	Bitte füllen Sie folgende Felder nur dann aus, wenn Sie eine Familienmitgliedschaft beantragen.	
Name Ehe-/Lebenspartner		
Vorname Ehe-/Lebenspartner		
Geburtsdatum Ehe-/Lebenspartner		

Kinder (Familienmitgliedschaft):

Als der/die gesetzliche Vertreter/in erkläre/n ich/wir die beitragsfreie Mitgliedschaft für folgende minderjährige Kinder:

Name 1. Kind

Vorname 1. Kind

Geburtsdatum 1. Kind

Name 2. Kind

Vorname 2. Kind

Geburtsdatum 2. Kind

Bankdaten:

Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt Ortsverein

den Monatsbeitrag jeweils für

1 Jahr 1/2 Jahr 1/4 Jahr

von meinem Konto Nr.

bei der Bank

Bankleitzahl (BLZ)

zu Beginn des jeweiligen Beitragszeitraums einzuziehen.

geworben durch (Name, Vorname)

Hinweis:

Die angegebenen Daten werden – soweit einschlägig – unter Berücksichtigung der §§ 1-11 und 27-38 Bundesdatenschutzgesetz erhoben, gespeichert und genutzt.

Widerrufsrecht:

Ich/Wir bin/sind berechtigt, innerhalb einer Woche nach Erhalt einer Bestätigung ohne Angabe von Gründen die Mitgliedschaft zu widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt der rechtzeitige Versand.

Unterschrift

Ort, Datum