



Arbeiterwohlfahrt
**Kreisverband
Darmstadt-Dieburg e.V.**
Arheilger Weg 6a
64380 Roßdorf
Tel. 06154/5108858
Fax 06154/5105174
info@awo-family.de
www.awo-dadi.de

Ich möchte AWO-Mitglied werden!

Um AWO-Mitglied zu werden, füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es an Ihren nächstgelegenen AWO-Verband oder an den **AWO Kreisverband Darmstadt-Dieburg, Arheilger Weg 6a; 64380 Roßdorf; Fax 06154-5105174**

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

Beitrittserklärung für Einzelmitgliedschaft

Name und Adresse

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

Mitgliedsbeitrag (Familienmitgliedschaft auf Antrag möglich)

Monatsbeitrag (Einzelmitglied) *) 2,50 € 3,00 € 4,00 € 5,00 € 7,50 €
 10,00 € 15,00 € 20,00 € 25,00 €

Ortsverein (wenn bekannt) Eintrittsdatum *)

Einzugsermächtigung

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 angegebenem Konto einzuziehen.
Kontonummer

Bankleitzahl
Bank, Ort

Außerdem Anmerkungen Interessen Wünsche:

Ort, Datum:

Unterschrift

*) Bitte ausfüllen Die Daten werden per EDV erfasst, gespeichert und verarbeitet.