



**Ja, ich werde AWO-Mitglied  
im Ortsverein KRAICHTAL**

1. Name ..... Vorname .....

Frau /  Herr (Bitte ankreuzen.) geboren am .....

Straße, Hausnr. ....

PLZ, Wohnort .....

Telefon ..... Fax - ..... E-Mail .....

2. Mitgliedsbeitrag pro Monat ..... € (Bitte selbst festlegen, nach oben offen.)

(Beitragsstufen: 2,50 / 3,00 / 4,00 / 5,00 / 7,50 / 10,00 / 15,00 / 20,00 / ... / ... € pro Monat)

Einzelmitgliedschaft (ab 2,50 € pro Monat)

Familienmitgliedschaft \* (ab 4,00 € pro Monat)

\* Namen u. Geburtsdatum der Familienmitglieder

.....

.....

.....

\*(Falls der Platz nicht reicht, auf der Rückseite bzw. einem gesonderten Blatt die Angaben machen.)

Beginn der Mitgliedschaft .....

3. Der Beitrag soll jährlich / halbjährlich vom Konto

IBAN DE..... BIC .....

Bank/Institut .....

abgebucht werden. Kontoinhaber .....

**Einzugserlaubnis für Mitgliedsbeitrag (Kombimandat)**

Einzug über:

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.

Blücherstr. 62/63, 10961 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZMV00000145352

