

# Ja, ich werde AWO-Mitglied



Kreisverband Schweinfurt e.V.

Herr     Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Bei Familienmitgliedschaft\*: Name, Vorname und Geburtsdatum des Ehe-/Lebenspartners

\_\_\_\_\_  
Bei Familienmitgliedschaft\*: Name, Vorname und Geburtsdatum minderjähriger Kinder

\_\_\_\_\_  
Eintrittsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Einzelmitgliedschaft       Familienmitgliedschaft

Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt zur Abbuchung meines Mitgliedsbeitrags

Monatlicher Betrag in €\*\*:

25,-     20,-     15,-     10,-     7,50     5,-     4,-     3,-     2,50

\* Die günstige Familienmitgliedschaft kann von Ehepartnern/Lebensgefährten erworben werden. Jeder Partner kann das satzungsmäßige Wahlrecht ausüben. Minderjährige Kinder sind bis zum Erreichen der Volljährigkeit beitragsfrei und vom Wahlrecht ausgeschlossen

\*\* Mindestbetrag monatlich: Einzelmitgliedschaft 2,50€, Familienmitgliedschaft 4,-€

jährliche     halbjährliche     vierteljährliche Abbuchung

**Durch einen höheren Betrag unterstützen Sie unsere soziale Arbeit in besonderem Maße!**

\_\_\_\_\_  
Bankverbindung (Konto-Nr., Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_  
Bank/Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber, falls vom Antragsteller abweichend

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:  
AWO Schweinfurt  
Kornmarkt 24  
97421 Schweinfurt

oder per Fax an:  
09721 187338