

Antrag auf Mitgliedschaft im Regionalverband alleinerziehender Mütter und Väter

Ja, ich möchte Mitglied im VAMV Regionalverband werden zum

- Ich möchte Mitglied im VAMV werden und bin bereit einen monatlichen Beitrag in Höhe von€
(mindestens aber **5,00 €**) zu zahlen.
- Ich möchte Mitglied im VAMV werden und kann einen monatlichen Beitrag in Höhe von mindestens 3,00 € zahlen, da ich Sozialhilfe erhalte oder ein vergleichbares Einkommen habe (bitte entsprechenden Nachweis beifügen)
- Ich finde die Arbeit des VAMV gut und möchte sie durch eine monatliche Spende in Höhe von€ fördern.

Eine Spendenbescheinigung sendet der VAMV auf Wunsch zu.

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:

Vorname.....

Straße.....

PLZ/Ort.....

Beruf.....

Telefon privat.....dienstl.....

Geburtsdatum.....

Name/Geburtsdatum des/der Kind(es)(er):
.....
.....

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Adresse im Mitgliederverzeichnis veröffentlicht werden kann.

Der **Lebensmittelpunkt** meines Kindes / meiner Kinder befindet sich bei mir

- ja nein

.....

1. Unterschrift f. d. Mitgliedserklärung

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den VAMV halbjährlich (15.2./15.8.) meine Mitgliedsbeiträge von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Name, Vorname.....

Name der Bank.....

Kto.Nr.....BLZ.....

.....

2. Unterschrift für die Einzugsermächtigung

Aus Kostengründen versenden wir keine besondere Aufnahmebestätigung zu. Die Zusendung des nächsten **kompakt** gilt als Bestätigung der Mitgliedschaft. Die Satzung kann jederzeit eingesehen werden. Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum 30.6. bzw. 31.12. eines Jahres mit 6-wöchiger Frist möglich.

VAMV e. V. • Postfach 40 01 21 • 32 524 Bad Oeynhausen