



**Ja, ich werde AWO-Mitglied
im Ortsverein
Eggenstein-Leopoldshafen e.V.**

Name Vorname

Frau / Herr (Bitte ankreuzen.) geboren am

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Telefon Fax -..... E-Mail

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

Der Beitrag soll jährlich / halbjährlich vom Konto

Nr. BLZ

Bank/Sparkasse

abgebucht werden. Kontoinhaber

Datum

Unterschrift

Ich wurde geworben durch

Die angegebenen Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung gespeichert und genutzt.

Bitte senden an: AWO OV Eggenstein-Leopoldshafen e.V., Silberstraße 18
76344 Eggenstein-Leopoldshafen
oder: awo.ov-eggleo@awo-ka-land.de