



**Ja, ich werde AWO-Mitglied  
im Ortsverein GRABEN-NEUDORF**

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)  Mitgl. unter 18 Jahren = **beitragsfrei**

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

Familienmitgliedschaft \* für allein Erziehende mit Kind ( 2,50 € 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.