

Ja, ich werde AWO-Mitglied

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Telefon

Fax

Datum

Unterschrift

Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt

den Monatsbeitrag von EURO _____ für je ¼* ½* 1* Jahr von meinem Konto Nr. _____ BLZ _____

bei der Bank _____ ab _____ einzuziehen.

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich möchte eine:

Einzelmitgliedschaft zum monatlichen Beitrag von

EURO (mindestens 2,50 €)

Familienmitgliedschaft zum monatlichen Beitrag von

EURO (mindestens 4,00 €)