



## Verband alleinerziehender Mütter und Väter, Bundesverband e. V.

Hasenheide 70, 10967 Berlin, Tel. 030 / 69 59 78-6, Fax: 030 / 69 59 78 77  
E-mail: kontakt@vamv.de

### Beitrittserklärung

Der Förderbeitrag beträgt 55 € jährlich.

\*Zahlungsweise:

(\* bedeutet: Pflichtangabe/ Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Ich zahle den Beitrag 1 x jährlich 55 €
- halbjährlich, je 27,50 €
- ermäßigt 27,50 €, 1 x jährlich (bei nachweislichem Einkommen auf der Basis von ALG II)
- mittels Lastschriftinzug durch den VAMV Bundesverband
- Ich überweise den Beitrag selbst.

### Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
\*Anrede

\_\_\_\_\_  
\*Name

\_\_\_\_\_  
\*Vorname

\_\_\_\_\_  
\*Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
\*Straße

\_\_\_\_\_  
\*Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
\*Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

(Ihre Tel.-Nr. u. Ihre E-Mail-Adresse werden für Vereinsangelegenheiten und für Rückfragen zu Ihrer Mitgliedschaft verwendet.)

Ich bin damit einverstanden, dass ich Informationen wie z.B. aktuelle Broschüren und Flyer per E-Mail erhalte.

Ich bin damit einverstanden, dass ich 1 x im Jahr Fachinformationen per Post erhalte.    
ja nein

**(Die jeweilige Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.)**

**Ich möchte dem Verein „Verband alleinerziehender Mütter und Väter, Bundesverband e.V., beitreten und förderndes Mitglied gemäß § 3 Absatz 3 der Satzung werden. Die Mitgliedschaft kann beiderseits schriftlich zum Jahresende gekündigt werden.**

**Hinweise zum Datenschutz:**

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet, siehe unsere Datenschutzerklärung auf unserer website: <https://www.vamv.de/site/datenschutz/>. Diese Daten werden nur zu Vereinszwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Verpflichtung.

**Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in dem Verein erhoben werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.**

---

\*Datum, Ort, Unterschrift

---

**Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat**

(Nur dann ausfüllen, wenn eine Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag erteilt werden soll.)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE36ZZZ00000427673

Die Mandats- bzw. Mitgliedschafts-Nr. wird Ihnen nach Ihrem Beitritt mitgeteilt.

Ich ermächtige den VAMV-Bundesverband e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VAMV-Bundesverband e. V. gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages zurück verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die SEPA-Lastschrifteinzugsermächtigung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Kreditinstitut (Name und BIC): .....

IBAN:.....

---

Datum, Ort und Unterschrift