



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

Ich möchte förderndes Mitglied, lt. § 3 (3) der Satzung werden.
Der Förderbeitrag beträgt 55 € jährlich. Die Beendigung der Mitgliedschaft kann beiderseits durch schriftliche Kündigung zum Jahresende erfolgen.

- 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)
- Ich bin Mutter/Vater mit..... Kind/Kindern

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Postleitzahl _____ Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden; dass ich Informationen per E-Mail erhalte. ja nein
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftmandat

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.

Kreditinstitut (Name und BIC):

IBAN:

Datum, Ort und Unterschrift