



Arbeiterwohlfahrt

*Ortsverein*

*Finow e. V.*

Frankfurter Allee 24  
16227 Eberswalde

Eberswalde,

## **BEITRITTSERKLÄRUNG** **für den Arbeiterwohlfahrt Ortsverein Finow e.V.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Einrichtung:\_(nur für Mitarbeiter zutreffend)\_\_\_\_\_

Als Monatsbeitrag zahle ich:

2,50 €       5,00 €       7,50 €       10,00 €

Ich wünsche mit meinem Lebenspartner eine Familienmitgliedschaft und zahle 4,00 €

Zur Zahlung meines Jahresbeitrags in Höhe von \_\_\_\_\_ erteile ich ihnen von folgender Bankverbindung eine Einzugsermächtigung:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Konto- Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_