



Arbeiterwohlfahrt Angerland
Breitscheider Weg 25
40885 Ratingen – Lintorf
Telefon 02102/33698

Beitrittserklärung (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Einzelmitgliedschaft

Mitglieds - Nr.: _____

Ich zahle einen Monatsbeitrag von EURO 3,- /4,- /5,- /10,- (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geb. am _____ Tel.: _____

Beitritt am _____ (1. Monat des Quartals)

Familienmitgliedschaft

Mitglieds - Nr.: _____

(monatlicher Mindestbeitrag € 5,00)

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geb. am _____ Tel.: _____

Beitritt am _____ (1. Monat des Quartals)

Partner/in

Mitglieds - Nr.: _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Geb. am _____ Tel.: _____

Beitritt am _____ (1. Monat des Quartals)

Ich/wir ermächtige(n) die Arbeiterwohlfahrt Angerland, den Halbjahresbeitrag/ Jahresbeitrag in Höhe von _____ Euro von meinem

Konto-Nr. _____ BLZ _____

bei der _____ ab dem _____ einzuziehen.

Datum: _____ Unterschrift _____