



Arbeiterwohlfahrt

Ortsverein

Eberswalde e.V.

Freienwalder Straße 60
16225 Eberswalde

Eberswalde,

BEITRITTSERKLÄRUNG

für den Arbeiterwohlfahrt Ortsverein Eberswalde 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: _____