VERBAND ALLEINERZIEHENDER MÜTTER UND VÄTER E.V.
Ramersdorfer Straße 1, 81669 München
Tel: 089-6927060 , Fax: 089-69372926
Mail: info@vamv-muenchen.de
www.vamv-muenchen.de
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000105196
IBAN: DE22700205000007818800 / BIC: BFSWDE33MUE

BEITRITTSERKLÄRUNG

Fördermitglied ja □

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum VAMV Ortsverband e.V. gemäß Satzung.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt € 48,-- pro Jahr.

Ihre Mandatsreferenznr.: | | | | | | | (wird vom VAMV ausgefüllt)

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____

Telefon: _____ **mobil:** _____ **Mail:** _____

Geburtsdatum / Nationalität / Familienstand: _____

Ist der gewöhnliche **Aufenthalt des Kindes / der Kinder** bei Ihnen? ja □ nein □
Sorgerecht: alleiniges □ gemeinsames □ keins □

Beruf: _____ **Berufstätig:** nein □ ganztags □ Teilzeit □

Name und Geburtsdatum der Kinder: _____

Wollen Sie unseren **Newsletter** beziehen? ja □ nein □
Haben Sie Interesse, den VAMV **aktiv mitzugestalten**? ja □ nein □
Öffentlichkeitsarbeit □ Veranstaltungen □ Mithilfe Geschäftsstelle □ Sonstiges □

Bei jährlicher Zahlung ist die Zusendung einer Beitragsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt möglich. Bitte bei Bedarf in der Geschäftsstelle anfordern.

Ich erkläre meinen Beitritt als Mitglied zum Verband alleinerziehender Mütter und Väter e.V., OV München. Ein Austritt ist mit dreimonatiger Kündigungsfrist (d. h. bis spätestens 30.9. eines Jahres) zum Jahresende möglich. Die Kündigung muss schriftlich mit Unterschrift erfolgen.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung / SEPA Lastschriftenmandat:

Ich ermächtige hiermit den Verein VAMV e.V., OV München, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem VAMV e.V., OV München auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die jährlichen Beiträge von derzeitig 48,00 € buchen wir jeweils bis 15.02. des Jahres ab, im Eintrittsjahr wird anteilig abgebucht.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____
Name, Vorname (Kontoinhaber)

IBAN: | D | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ _____
Kreditinstitut BIC

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift