

# VERBAND ALLEINERZIEHENDER MÜTTER UND VÄTER E.V.

Ramersdorfer Straße 1, 81669 München

Tel: 089-6927060, Mail: info@vamv-muenchen.de

www.vamv-muenchen.de

www.facebook.com/VAMV.Muenchen, Instagram: vamv\_muenchen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE98ZZZ00000105196

IBAN: DE71 3702 0500 0007 8188 00 / BIC: BFSWDE33XXX



## 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 derzeit 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