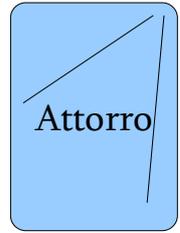


Mitgliedsantrag

Füllen Sie das Formular aus, drucken es und senden es an die auf Seite 2 angegebene Adresse.



Ich beantrage die Aufnahme in die Attorro e.V.

Kreis-/ Stadt-/ Regionalverband:

Mitglieder- / Ortsgruppe: ab:

Name: Vorname: Titel:

Geb-Datum: Straße: Nr.:

PLZ: Ort: Telefon:

Ich bin bereit, entsprechend der Beitragsordnung einen monatlichen Beitrag in Höhe von € zu entrichten.

Ich möchte eine ehrenamtliche Tätigkeit ausüben.

Der Austritt bedarf der Schriftform und ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres, unter Wahrung einer vierteljährlichen Kündigungsfrist, möglich. Ich ermächtige die Attorro e.V., diese Daten zu speichern.

Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Einwilligung

Ich ermächtige die Attorro e.V., die eingegebenen Daten zu speichern. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Ja Nein

Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Attorro e.V.

Kreis-/ Stadt-/ Regionalverband:

die von mir zu zahlenden Mitgliedsbeiträge von meinem nachstehenden Konto bis auf Widerruf einzuziehen.

Name des Kontoinhabers Vorname

Name des Geldinstitutes

Bankleitzahl: Kontonummer:

monatlicher Betrag in € Abbuchungsbeginn Mon. /Jahr Einzug ¼ jährl. ½ jährl. Jährlich

Ich ermächtige die Attorro e.V., diese Daten zu speichern. Die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Datum Unterschrift

Bitte per Post an folgende Anschrift senden:



oder per Fax versenden an:

FAX-Nr: