

## Beitrittserklärung

Ich unterstütze die Forderungen des VAMV und möchte Mitglied werden.  
Die Bedingungen der Satzung des VAMV OV Hannover e.V. erkenne ich an.

Name	
Vorname	
Straße / Haus-Nr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
Email	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Beruf	
Kind/er mit Namen und Geburtsdatum	

Ich zahle einen Beitrag in Höhe von insgesamt ..... (mindestens 36 )  
pro Kalenderjahr (*zutreffendes bitte eintragen*)

- halbjährliche Zahlung
- jährliche Zahlung *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Ich ermächtige den VAMV OV Hannover e.V. den Mitgliedsbeitrag widerruflich von  
meinem Konto innerhalb des 1.Quartals durch Lastschrift einzuziehen.

Geldinstitut	
Bankleitzahl	
Kontonummer	

Satzungsgemäß kann die Mitgliedschaft mit einer Frist von drei Monaten zum Jahres-  
ende (30.09.) gekündigt werden.

- *mit der Weitergabe meiner Adress-Daten an den VAMV Bundesverband für die  
Zusendung von Informationen an mich bin ich einverstanden.*

---

Ort, Datum

Unterschrift