

Verband Alleinerziehender Mütter und Väter e.V., Ortverband Hannover
Philipsbornstr. 28, 30165 Hannover Tel 0511 / 39 11 29 E-Mail: vamv@vamv-hannover.de
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE21ZZZ00000689940

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 / Hausnr.	
PLZ / Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Familienstand	
Beruf	
Kind/er mit Namen und Geburtsdatum	

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

- jährliche Zahlung halbjährliche Zahlung

Ich ermächtige den VAMV OV Hannover e.V. den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto durch Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die vom VAMV OV Hannover e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Geldinstitut	
IBAN	
BIC	

Satzungsgemäß kann die Mitgliedschaft mit einer Frist von einem Monat zum Jahresende (30.11.) gekündigt werden.

- mit der Weitergabe meiner Adress-Daten an den VAMV Bundesverband für die Zusendung von Informationen an mich bin ich einverstanden.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass ggf. entstandene Fotos von mir und meinem Kind für Veröffentlichungen (VAMV-Homepage, Jahresbericht usw.) verwendet werden dürfen.
(Einschränkungen bitte vermerken: _____)

Ort, Datum

Unterschrift