Ja, ich werde AWO-Mitglied

¨ Frau / ¨ Herr

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße, Nr. | PLZ, Wohnort

Telefon/Fax | E-Mail

Hiermit ermächtige ich die Arbeiterwohlfahrt zur Abbuchung meines Monatsbeitrags von

¨ 2,50 Euro Mindestbeitrag ¨ 4,00 Euro Familienbeitrag

¨ _____,_____ Euro (ab 5,00 Euro/monatl.) Förderbeitrag

¨ jährlich ¨ halbjährlich ¨ vierteljährlich von meinem Konto

bei der Bank | BLZ | Konto-Nr.

Datum | Unterschrift

Absender / Werber

¨ Frau / ¨ Herr

Name, Vorname | Geburtsdatum

Straße, Nr. | PLZ, Wohnort

Telefon/Fax | E-Mail

ggf. Ortsverein

Bitte persönlich beim Ortsverein bzw. Kreisverband abgeben oder einsenden an:

Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hessen-Nord e.V.
Herrn Jörg-M. Scharf
Wilhelmshöher Allee 32 A
34117 Kassel