



BEITRITTSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verband alleinerziehender Mütter und Väter

Ortsverband Frankfurt e.V. als **ordentliches** Mitglied / **Fördermitglied** (ohne Wahlrecht)

Name und Vorname

Geburtsdatum

(.....)

PLZ

Ort

Straße

N

Telefon

E-Mail

Beruf / Tätigkeit (optional)

Kind/er: Name und Geburtsjahr (optional)

Ich habe das **alleinige** / **gemeinsame** / **kein** **Sorgerecht.** *

Ich bin bereit, einen Beitrag (bzw. Förderbeitrag) in Höhe von € zu zahlen.

Die Höhe des jeweiligen Mindestbeitrags ist mir bekannt:

- für ordentliche Mitglieder z € 60/Jahr
- bei Minimaleinkommen (SGB II, Frankfurtpass) € 30/Jahr
- für Fördermitglieder mindestens € 25/Jahr

Ich bitte um Zusendung der Informationen des VAMV per E-Mail

JA / E-Mail / NEIN *

Ich bin interessiert an ehrenamtlicher Mitarbeit

a) im Vorstand b) bei Verwaltungsaufgaben c) bei Aktionen (z.B. Flohmarkt, Messen) *

Datum

Unterschrift

*nicht zutreffendes bitte streichen

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Vereinstätigkeit und Mitgliederverwaltung genutzt und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift