

## 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 und Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Beruf / Tätigkeit (freiwillige Angabe)**

\_\_\_\_\_

**Kind/er: Name und Geburtsjahr (freiwillige Angabe)**

\_\_\_\_\_

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

Die Höhe des jeweiligen Mindestbeitrags (s.u.) ist mir bekannt:

- für ordentliche Mitglieder z.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/\_\_\_\_\_NEIN

Ich bin interessiert an ehrenamtlicher Mitarbeit

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_