



Werden Sie bei uns Mitglied!

Allgemeine Soziale Hilfe Emden e. V.
Email: ash.emden@t-online.de

Datum des Antrags: _____

Angaben zur Einzelperson und/oder Familienmitgliedern:

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____ Unterschrift: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Geb.-Datum: _____ Unterschrift: _____

Adresse des Mitglieds/der Mitglieder sowie weitere Informationen:

Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ/Wohnort: _____

Email-Adresse: _____ Telefon (Festnetz): _____ Telefon (mobil): _____

Vereinszeitung „ASH-Nachrichten“ erwünscht? JA NEIN

Eintrittszeitpunkt und Bestätigung durch Unterschrift:

Ich/wir möchte(n) zum 01. _____ 20 _____ eintreten. Dies bestätige ich mit meiner*) Unterschrift: _____

*) für mich und alle auf dem Formular mit angemeldeten Personen

Mitgliedsbeiträge und Spende – Bitte kreuzen Sie entsprechend an!

€ 5,- Einzelbeitrag	€ 8,- Partnerbeitrag	€ 10,- Familienbeitrag	€ 2,- Sozialbeitrag *) zahlbar:
<input type="checkbox"/> € 60,- jährlich	<input type="checkbox"/> € 96,- jährlich	<input type="checkbox"/> € 120,- jährlich	<input type="checkbox"/> € 24,- jährlich *)
<input type="checkbox"/> € 30,- 1/2 jährlich	<input type="checkbox"/> € 48,- 1/2 jährlich	<input type="checkbox"/> € 60,- 1/2 jährlich	<input type="checkbox"/> € 12,- 1/2 jährlich *)
<input type="checkbox"/> € 15,- 1/4 jährlich	<input type="checkbox"/> € 24,- 1/4 jährlich	<input type="checkbox"/> € 30,- 1/4 jährlich	<input type="checkbox"/> € 6,- 1/4 jährlich *)

*) nur gegen Vorlage eines amtlichen Bescheides

Ich / wir möchte(n) gerne Spenden einmalig jährlich Betrag: € _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die ASH (Allgemeine Soziale Hilfe Emden e. V.), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber & Daten

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____