



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Eintritt in den

Verband alleinerziehender Mütter und Väter, Landesverband Brandenburg e. V.

Tschirchdamm 35; 14772 Brandenburg an der Havel

Telefon: 03381 / 71 89 45

Fax: 03381 / 71 89 44

E-Mail: VAMV-LV-BRB@t-online.de

Homepage: www.vamv-brandenburg.de

Name:

Vorname:

geboren am:

Familienstand:

Anschrift:

Tel. privat:

Handy:

Tel. dienst.:

E-Mail:

Hobbys:

Name der/s Kinder/es:

geboren am:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich 2,50 € und ermäßigt 1,25 €.

Ich zahle monatlich

€. (bitte eintragen)

Sind Sie eventuell in der Lage und bereit, tatkräftig bei der Verbandsarbeit mitzuwirken?

(z. B. Mitarbeit im Vorstand, Mithilfe bei der Organisation und Durchführung von Veranstaltungen und anderen Aktivitäten)

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift

Konto: VAMV-Landesverband Brandenburg MBS 3620003040 (BLZ 160 500 00)