

**Haben wir Ihr Interesse geweckt?
 Möchten Sie Mitglied werden?
 Möchten Sie spenden?**
 Dann bitte ausgefüllt zurück an:



**Arbeiterwohlfahrt Kreisverband
 Wittmund
 Friedenstr. 16
 26409 Wittmund**

Hiermit erkläre ich,

(Name, Vorname)	(Straße)
(PLZ, Ort)	(Geburtsdatum)

<p>dass ich der AWO Kreisverband Wittmund e.V . Ortsverein als ordentliches Mitglied beitrete.</p> <p>Beginn der Mitgliedschaft (M/J) </p> <p>Mitgliedsbeiträge</p> <p>Mindestbeitrag f. Einzelpersonen 2,50 €/mtl Mindestfamilienbeitrag 4 €/mtl. weitere Familienmitglieder, Geb.- Daten:</p>	<p>dass ich die AWO Kreisverband Wittmund e.V. mit einer einmaligen Spende in Höhe von.....€ unterstütze.</p> <p><small>Spendenbescheinigungen werden auf Wunsch gerne ausgestellt.</small></p>
---	--

**Hiermit ermächtige ich die AWO Kreisverband Wittmund e.V. widerruflich,
 die Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit
 den einmaligen Spendenbeitrag**

zu Lasten meines/unsere
Kontos Nr.:..... BLZ Name der Bank:.....

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,
 besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

.....
 Datum, Unterschrift