



**BEITRITTSANTRAG**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verband alleinerziehender Mütter und Väter  
Landesverband Hessen e.V. als

**ordentliches** Mitglied ..... / **Fördermitglied** (ohne Wahlrecht) .....

.....

**Name und Vorname** **Geburtsdatum**

( ..... )  
**PLZ** **Ort** **Straße** **Nr.**

...../.....

**Telefon** **E-Mail**

**Beruf / Tätigkeit (optional)** .....

**Kind:** Name und Geburtsjahr (optional)

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

.....

**Kind:** 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 (s.u.) ist mir bekannt:

- für ordentliche Mitglieder z.Z. € 36,-- p.a.
- bei Minimaleinkommen, wie z.B. SGB XII, auf Antrag befristet € 24,-- p.a.
- für Fördermitglieder mindestens € 30,-- p.a.

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. Die Datenschutzrichtlinie des VAMV LV Hessen ist mit bekannt.

.....  
**Datum** **Unterschrift**