

# Verband alleinerziehender Mütter und Väter

## Landesverband Baden-Württemberg e.V.



Verband alleinerziehender Mütter und Väter  
Landesverband Baden-Württemberg e.V.  
Haußmannstr. 6 70188 Stuttgart  
Telefon 0711 2484 7118 Fax 0711 2484 7119  
E-Mail [vamv-bw@web.de](mailto:vamv-bw@web.de)  
[www.vamv-bw.de](http://www.vamv-bw.de)  
Kreissparkasse Esslingen  
BLZ: 61150020  
Konto: 10466603

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **VAMV Verband alleinerziehender Mütter und Väter**  
Landesverband Baden-Württemberg eV

mit Wirkung ab: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an einen in meinem Wohnumfeld gelegenen Ortsverband weitergeleitet werden.

Der Jahresbeitrag beträgt: 31.-€  
Ermäßigung für Alleinerziehende im SGB II Bezug: 21.-€

Name – Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_

Telefon – Fax – E-mail \_\_\_\_\_

Ich möchte in den Email-Verteiler des Landesverbandes aufgenommen werden.

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geschieden  getrennt lebend  verwitwet  nicht verheiratet

Kind/er - Name – Alter \_\_\_\_\_

- mit der Weiterleitung dieser Daten an die zentrale Mitgliederkartei beim VAMV Bundesverband Berlin bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur VAMV-intern genutzt.
- Die Kündigung der Mitgliedschaft durch mich ist jeweils nur zum Ende des Kalenderjahres möglich

Hiermit erteile ich dem VAMV Landesverband Baden-Württemberg / dem VAMV Ortsverband \_\_\_\_\_  
Erlaubnis zum Bankeinzugsverfahren für den Jahresmitgliederbeitrag Euro 31- / Euro 21- bis auf Widerruf

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Konto \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich möchte ehrenamtlich im VAMV mitarbeiten und bitte um Kontaktaufnahme!