

# Selbsthilfegruppen Alleinerziehender (SHIA) e.V.

Landesverband Sachsen

Sasstr. 2  
04155 Leipzig



## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied der Selbsthilfegruppen Alleinerziehender (SHIA) e.V. Landesverband Sachsen werden

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_ Kind/er: \_\_\_\_\_

- Ich bin ALG I/II oder Bafögempfänger und zahle 1,00 € Mitgliedsbeitrag/Monat
- Andere und zahle 2,60 €/Monat Mitgliedsbeitrag
- Ich möchte mehr für diese Lobbyvertretung einbringen und zahle \_\_\_\_\_ €/Monat Mitgliedsbeitrag

### Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich SHIA e.V. LV Sachsen bis auf Widerruf den Betrag quartalsweise ( ) jährlich ( ) von meinem Konto:

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ einzuziehen.

Kündigung: Die Mitgliedschaft kann quartalsweise schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung muss mindestens 14 Tage vor Quartalsanfang eingehen.

Ich habe die Datenschutzerklärung auf [www.shia-sachsen.de/ma-datenschutz.pdf](http://www.shia-sachsen.de/ma-datenschutz.pdf) gelesen und akzeptiert.

Ort: \_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

tel. 0341/9832806 - [www.shia-sachsen.de](http://www.shia-sachsen.de) - [kontakt@shia-sachsen.de](mailto:kontakt@shia-sachsen.de)

Ich möchte bis auf Widerspruch per Mail über alleinerziehendenrelevante Themen informiert werden: ( ) Bitte senden Sie mir die Satzung zu: ( )

