

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 Euro Mitgliedsbeitrag/Monat
- Andere und zahle 2,60/Monat Mitgliedsbeitrag
- Ich möchte mehr für diese Lobbyvertretung einbringen und zahle _____ Euro/Monat Mitgliedsbeitrag

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich SHIA e.V. LV Sachsen bis auf Widerruf den Betrag quartalsweise/jährlich von meinem

Konto:

IBAN: _____ BIC: _____ einzuziehen.

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

Ort: _____, den _____

tel 0341/9832806 - www.shia-sachsen.de - kontakt@shia-sachsen.de

Dieses Schreiben wurde maschinell erstellt und bedarf keiner Unterschrift.

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