

Selbstbestimmte Handlungsstrategien und Initiativen für Alleinerziehende (SHIA) e.V.

Landesverband Sachsen

Sasstr. 2
04155 Leipzig



Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied des Selbstbestimmte Handlungsstrategien und Initiativen für Alleinerziehende (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 gelesen und akzeptiert.

Ort: _____, den _____ Unterschrift: _____

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

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

