

Aufnahmeantrag*

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Verband der Familie von Oppen e.V.

c/o Achim von Oppen - Gleditschstr. 79 - 10823 Berlin
Tel.: 030 / 78950654 - E-Mail: kontakt@vonoppen.org

(bei Familienmitgliedschaft: Bitte Daten für beide Ehepartner eintragen, soweit unterschiedlich)

Vorname:
Name:
geb. am, in:
Straße, Hausnr., ggf. Zusätze:
PLZ / Ort:
Weitere Leitangaben, Land:
Telefon / Mobiltel. / Telefax:
E-Mail:

Jährlicher Beitrag (bitte ankreuzen):

Mitgliedsbeitrag für Familien / Ehepaare: 50,00 €

Mitgliedsbeitrag für Einzelpersonen (ab 26 Jahre): 30,00 €

Ermäßigter Mitgliedsbeitrag: 10,00 € (für Jugend 16-25 Jahre; für Auszubildende, Studierende, Erwerbslose, oder bei sonstigen Härten: bitte formlosen Antrag beifügen!)

Als Fördermitglied, freiwilliger Zusatzbeitrag: _____ €

Hinweise, gem. Satzung §4 Abs.1:

1. Die Beitragssätze richten sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung, die durch die Familienversammlung (Familientag) beschlossen wird.
2. Der Mitgliedsbeitrag ist jeweils **bis zum 30. Juni des laufenden Jahres** auf das Bankkonto des Familienverbands zu überweisen:

Verband der Familie von Oppen e.V.

IBAN: DE70 5032 0191 0368 3069 40 - BIC: HYVEDEMM430

Um Verwaltungskosten zu sparen, bitten wir um Erstellung eines **Dauerauftrags**. Vielen Dank!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift(en)

Mit meiner/unseren Unterschrift/en bestätige/n ich/wir auch, dass ich/wir mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der angegebenen personenbezogenen Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung und zur Erstellung einer familieninternen Kontaktliste im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden bin/sind: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse.

* Dieses Formular bitte möglichst elektronisch ausfüllen, dann ausdrucken, unterschreiben und absenden.