



**Deutscher
FamilienVerband**

Landesverband Berlin e.V.
Wallenroder Str. 1, 13435 Berlin
Tel.: 030 453 001 0
Fax: 030 453 001 14



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Deutschen Familienverband, Landesverband Berlin e.V. und verpflichte(n) mich/uns den Jahresbeitrag von 36,00 € bis zum 30. April jeden Jahres zu zahlen.

Bei jährlicher Vorauszahlung bis spätestens 28. Februar jeden Jahres, ermäßigt sich der Jahresbeitrag von 36,00 € auf 30,00 €.

Erfolgt der Beitritt im Laufe eines Jahres, ist anteilig ein Mitgliedsbeitrag von 3,00 € pro angefangenen Monat

Die Aufnahmegebühr beträgt 2,00 € und ist mit dem ersten Beitrag zu überweisen.

Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE35 1002 0500 0003 1044 00

BIC: BFS WDE 33 BER

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Geburtstort: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Email-Adresse: _____

Familienstand: _____

Kinder: Ja Nein

Berlin, _____ Unterschrift: _____