

Mitgliedsantrag

Ich möchte die Arbeit des Vereins SHIA e.V.
unterstützen und Mitglied werden.

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Familienstand:

Anzahl der Kinder:

PLZ / Ort:

Straße:

Tel.: privat dienstl.

Monatlicher Beitrag: 2,60 Euro

Einzugsermächtigung: Ja Nein

Eintrittsdatum:

Alleinerziehende und Familienzentrum
 SHIA e.V. Dessau
 Wörlitzer Straße 69
 06844 Dessau (Nord)
 Tel.: 0340 / 882 60 62
 Internet: www.shia-dessau.de
 Email: info@shia-dessau.de

**Die Kündigung der
Mitgliedschaft bedarf
der Schriftform.
Es besteht eine
Einmonatige
Kündigungszeit
zum Quartalsende.**

Unterschrift Mitglied:

Unterschrift Vorstand:

Bitte per Fax oder Post an uns zurück schicken, Danke. Fax: 03 40-8 82 60 62