

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft Bewährungshilfe Bayern, dies schließt die Mitgliedschaft im Bundesverband ADB e.V. mit ein.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich für:

- | | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Vollzeit: | 50€ |
| <input type="checkbox"/> Dreiviertel (30-40h/Woche): | 40€ |
| <input type="checkbox"/> Halbtags (< 30 h/Woche): | 30€ |

(bitte den errechneten Jahresbeitrag auswählen; Anmerkung: 10€ ADB e.V. Beitrag sind im Jahresbeitrag enthalten)

Name: Vorname:

geboren am: in

Ausbildung als:

Zusatzausbildung:

bisherige Tätigkeiten:

als Bewährungshelfer/in tätig seit:

Dienststelle:

Dienstanschrift: PLZ: Ort:

Straße:

Telefon:

spezielle Erfahrungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung: Hiermit ermächtige ich die/den Kassier*erin der Arbeitsgemeinschaft Bewährungshilfe Bayern (Gläubiger ID: DE58ABB00000414085) von meinem Konto bei aufgeführter Bank den jeweils gültigen Beitrag einzuziehen.

Kontoinhaber*in:

IBAN:

BIC:

bitte hier unterschreiben: _____
Ort, Datum Unterschrift

Vorstand: O Bezirksgruppensprecher/in: O Kassenwart/in: O

Aufnahme bestätigt zum: _____, Mandatsref.Nr. aus Initialen: _____, Beitrittsjahr: 20__

Ort, Datum

für den Vorstand

