

Formular an:
 Michaela Kapp
 Friedenstraße 3a
 97318 Kitzingen

michaela.kapp@lg-wue.bayern.de



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:

- Vollzeit:** 50€
- Dreiviertel** (30-40h/Woche): 40€
- 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: Bezirksgruppensprecher/in: Kassenwart/in:

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

 Ort, Datum

 für den Vorstand

