



SHIA e.V.
SelbstHilfeInitiative
Alleinerziehender

Lobby, Beratung und
Unterstützung
für Einelternfamilien

Mitgliedserklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Ich möchte Mitglied der SelbstHilfeInitiative Alleinerziehender – SHIA e.V.,
Landesverband Berlin, Rudolf-Schwarz-Str. 31, 10407 Berlin, werden.

Name:.....Vorname:.....geb.:.....

derzeitige Tätigkeit/Beruf.....

PLZ/Ort:.....Str./Hausnummer:.....

Anzahl der Kinder:.....Geburtsjahr(e) des(r) Kindes(r):.....

Namen des/r Kindes/r

E-Mail:.....

Telefon dienstl.:privat:

Ich verpflichte mich, regelmäßig den fälligen Beitrag zu entrichten.

Beitrag: monatlich 5 € (für StudentInnen, LeistungsempfängerInnen von Sozialgeld
und Arbeitslosengeld, Familien ab 3 Kindern 2,50 €)

Einzugsermächtigung:

Ich bin einverstanden, dass meine Mitgliedsbeiträge (bitte ankreuzen) :

vierteljährlich

halbjährlich

jährlich

bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden.

Monatsbeitrag;

5,00 €

2,50 €

Geldinstitut:.....

IBAN:.....

BIC:.....

**Der Mitgliedsbeitrag wird zum 20. des Monats oder zum darauf folgenden
Werktag abgebucht. Stornierungskosten gehen zu Lasten des Mitgliedes.
Die Mitgliedschaft besteht mindestens ein Jahr. Wird sie nicht einen Monat
vor Ablauf gekündigt, besteht danach eine einmonatige Kündigungsfrist zum
Quartalsende. Die Kündigung der Mitgliedschaft bedarf der Schriftform.
Die Satzung des Vereins wurde ausgehändigt.**

Berlin, denUnterschrift:.....