



Arbeitslosenzentrum Ludwigsburg e.V.
Hoferstr. 8, 71636 Ludwigsburg
Tel. 07141-901232

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre meinen Beitritt zum Arbeitslosenzentrum Ludwigsburg e.V.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich bin: erwerbslos Rentner/in teilzeitbeschäftigt vollzeitbeschäftigt
(Beitragstabelle siehe Rückseite)

Mein jährlicher Beitrag: _____ €

Datum, Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Arbeitslosenzentrum Ludwigsburg e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Arbeitslosenzentrum Ludwigsburg e.V. (Gläubiger-ID: DE71 ZZZ0 0000 1786 26) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenznummer wird mir separat mitgeteilt.

Bank: _____

BLZ: _____ Konto-Nr.: _____

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Unterschrift: _____

Der Beitrag in EURO beträgt jährlich für:

Erwerbslose	6,00	Vollzeit-Beschäftigte	40,00
Rentner/in	14,00	Förderbeitrag	70,00
Teilzeitbeschäftigte	anteilig zur Vollzeit	Organisationen / Juristische Personen	175,00