

## Antrag auf Mitgliedschaft „AAFM Agentur für Arbeitsintegration von Flüchtlingen & MigrantInnen“

### Antragsteller:

---

Anrede, Name, Vorname

---

Str., Haus-Nr.

---

PLZ, Ort

---

Telefon privat/dienstlich

---

E-Mail

---

Geburtsdatum:

---

Beruf:

Beitragssatz:

ordentliches Mitglied (Jahresbeitrag 29,90 €)

Zahlungsweise:

per Rechnung

per Bankeinzug

---

Datum, Unterschrift:

### Abbuchungsermächtigung

Hiermit ermächtige ich – **AAFM Agentur für Arbeitsintegration von Flüchtlingen & MigrantInnen e.V.** bis auf Widerruf, den jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

---

Kontoinhaber

---

Kontonummer

---

Kreditinstitut (Name, Ort), Bankleitzahl

---

Datum, Unterschrift