

# Arbeitslosenverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich

m    w    div

Name:

Vorname:

---

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

---

Geburtsdatum:

Tel.-Nr.:

---

meinen Beitritt zum Arbeitslosenverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... €/Monat (ist dem aktuellen  
Berufsstand anzupassen)

- als Fördermitglied  
 als aktives Mitglied

Die Mitgliedschaft kann halbjährlich zum 30.6. oder zum 31.12. eines Jahres  
schriftlich gekündigt werden.

Die vorstehenden personenbezogenen Daten dürfen durch den Arbeitslosenverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. ausschließlich zur Erfüllung satzungsmäßiger Aufgaben elektronisch gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und ich willige hierzu gemäß § 33 des Bundesdatenschutzgesetzes ein. Der Verband ist befugt, notwendige Angaben an die zuständige Strukturgruppe des Arbeitslosenverbandes zu übermitteln.

---

Ort

Datum

Unterschrift