**OYA e.V.**

**gemeinnütziger Verein**

**Fürsorge f. strafffällig gewordene Menschen**

 **und deren Angehörige**

**- beraten, unterstützen, begleiten- Anschrift:**

 **Göttinger Chaussee115**

 **30459 Hannover**

 **Telefon: 015906403021**

**Eintrittserklärung**

**Ich möchte Mitglied bei OYA e.V. werden:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Vorname**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Straße Geb.-Datum**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PLZ, Ort Telefon / Fax**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort / Datum Unterschrift**

**Ich möchte als Mitgliedsbeitrag zahlen: □ norm. Jahresbetrag (30Euro)**

 **□ Förderbetrag €……………….**

**Einzugsermächtigung:**

**Ich bin damit einverstanden, dass der von mir gewählte Beitrag von folgendem Bankkonto abgebucht wird:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**IBAN Kontoinhaber/in**

|  |
| --- |
|  |

**Kreditinstitut**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum, Unterschrift**