

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen / erklären wir unseren Beitritt zum **Verein Spektrum Autismus e.V.**,
Margaretenstraße 41, 88045 Friedrichshafen

VornameNachname.....

Straße / Hausnr.:PLZ/Wohnort:.....

Telefon: Fax:

E-Mail:

Bitte ankreuzen: **Einzelmitgliedschaft 30 €** **Familienmitgliedschaft 50 €**

Aktives Mitglied Unterstützer / Förderer des Vereins (Passives Mitglied) 15 €

**bei Familienmitgliedschaft weitere Personen:
(Bei Kindern unter 18 Jahren bitte das Geburtsdatum (Gd) angeben)**

VornameNachname.....Gd.....

VornameNachname.....Gd.....

VornameNachname.....Gd.....

VornameNachname.....Gd.....

Der Mitgliedsbeitrag wird für ein Kalenderjahr erhoben.

Auf Antrag gegen Nachweis kann ein ermäßigter Beitragssatz von 15 € pro Person gewährt werden für Minderjährige (bis einschließlich 18 Jahre), Schüler, Azubis und Studenten (bis einschließlich 30 Jahre), Wehr- / Zivildienstleistende, Rentner / Pensionäre, Schwerbehinderte, „Kinderreiche“ (mind. 3 Kinder im Haushalt) und Alleinerziehende.

Der Austritt eines Mitgliedes ist durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich. Bei Austrittserklärung innerhalb eines Jahres wird der Jahresbeitrag nicht anteilig erstattet.

Ort, Datum:Unterschrift:.....

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger ID-Nummer: DE88ZZZ00000308397

Mandatsreferenznummer: __-00 (wird von Spektrum Autismus e.V. vergeben und dem Vereinsmitglied mitgeteilt)

Ich ermächtige Spektrum Autismus e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Spektrum Autismus e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Bank:

IBAN: ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ BIC: _____

Kontoinhaber:

Ort, Datum:.....

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich

Unterschrift für das SEPA-Lastschriftmandat:.....