Beitrittserklärung

Zur Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus (ASBH) e.V., Bundesverband, Grafenhof 5, 44137 Dortmund

Hiermit erkläre(n) ich ¤ wir ¤

meinen/unseren Beitritt als: Mensch mit Behinderung ¤ Eltern ¤ Fördermitglied ¤

Name _____ Vorname _____

Name _____ Vorname _____ Telefon: _____

Straße _____ PLZ Ort _____ E-Mail: _____

Spezifische Angaben zur Person mit Behinderung

Name _____ Vorname _____ Geb. Datum _____

Spina bifida ¤ Spina bifida occulta ¤ andere Behinderung _____

Hydrocephalus ¤ Normaldruckhydrocephalus ¤ _____

Bei Mitgliedschaft von Ehepaaren / Lebenspartnern sind beide Unterschriften erforderlich! Sie sind laut Satzung jedoch nur zu **einem** Mitgliedsbeitrag verpflichtet.
Mit der vereinsinternen Weitergabe von Anschrift und behinderungsbedingten Angaben im Rahmen der ASBH-Satzung bin ich / sind wir einverstanden.

Ort / Datum _____ Unterschrift _____ Unterschrift _____

¤ Den Jahresbeitrag von € 70,00 überweise ich auf das Konto der ASBH bei der Sparkasse Iserlohn (BLZ 445 500 45) Konto-Nr. 125. *

¤ Per Einzugsverfahren auf Widerruf.

ASBH Beitrags-Einzugsermächtigung *(spart Kosten durch geringeren Verwaltungsaufwand)*

Ich (Wir) ermächtige(n) die Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus bis auf Widerruf, den Beitrag von €_____ (Jahresmitgliedsbeitrag ab € 70,--)
- Ehepaare/Lebenspartner zahlen **einen** Beitrag! –
von meinem (unserem) Giro- oder Postgirokonto abzubuchen.

Bankleitzahl _____ Kontonummer _____

Kurzbezeichnung der Bank _____ PLZ und Ort der Bank _____

Name des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied) _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

* Für betroffene Menschen mit einem monatlichen Einkommen von weniger als 200,00 EUR (netto) bieten wir einen reduzierten Beitrag in Höhe von 12,00 EUR jährlich an. Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an die Bundesgeschäftsstelle.

Bitte an ASBH e.V. Bundesverband, Grafenhof 5, 44137 Dortmund senden.