



# Beitrittserklärung

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

Hiermit beantrage/n  ich  wir  die Mitgliedschaft in der ASBH gemäß Satzung §4 (3)

1.	Name _____	Vorname _____	Geb. Datum _____
2.	Name (bei Ehepaaren/Lebensgemeinschaften) _____	Vorname _____	Telefon: _____
	Straße _____	PLZ Ort _____	E-Mail: _____

Familien, Partnerschaften: bitte beachten Sie die Rückseite

### Spezifische Angaben zu/r Behinderung/en

Spina bifida <input type="checkbox"/>	Okkulte spinale Dysraphie (SPO) <input type="checkbox"/>	PseudoTumorCerebri (PTC) <input type="checkbox"/>
Hydrocephalus <input type="checkbox"/>	NPH (Altershirndruck) <input type="checkbox"/>	andere Behinderung _____

Bei Mitgliedschaft von Ehepaaren / Lebenspartnern sind beide Unterschriften erforderlich  
Mit der vereinsinternen Weitergabe von Anschrift und behinderungsbedingten Angaben im Rahmen der ASBH-Satzung bin ich / sind wir einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich erkläre, dass ich zu dem Personenkreis der Selbstbetroffenen gehöre, für den die Mitgliederversammlung den reduzierten Mitgliedsbeitrag beschlossen hat. Mir steht nur ein monatliches Nettoeinkommen von 200,- EUR oder weniger zur Verfügung. Sollte sich mein Einkommen auf über 200,- EUR monatlich erhöhen, ist dieser Beitragssatz nicht mehr gültig, und ich werde dies der ASBH umgehend mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Den Jahresbeitrag von € 12,00<sup>1</sup> überweise ich auf das Konto der ASBH e. V.

IBAN: DE08445500450000000125 (Konto 125)

SWIFT-BIC: WELADED1ISL (Sparkasse Iserlohn, BLZ 445 500 45)

Den Jahresbeitrag überweise ich per **SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE37SBH00000498950

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird mit Bestätigungsschreiben mitgeteilt)

Ich ermächtige die ASBH e. V., den Jahresmitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASBH e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

<sup>1</sup> Beschlossen von der ASBH Mitgliederversammlung 2008, Änderungen sind möglich

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

