



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: _____

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 800,- EUR oder weniger zur Verfügung. Sollte sich mein Einkommen auf über 800,- EUR monatlich erhöhen, gilt der allgemeine Beitragssatz, und ich werde dies der ASBH umgehend mitteilen.

Datum, Unterschrift

Den Jahresbeitrag von € 35,00¹ überweise ich auf das Konto der ASBH e. V.
IBAN: DE08445500450000000125 (Konto 125)
SWIFT-BIC: WELADED1ISL (Sparkasse Iserlohn, BLZ 445 500 45) – **wir empfehlen die Einrichtung eines jährlichen Dauerauftrags**

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

¹ Beschlossen von der ASBH Mitgliederversammlung 2008, Änderungen sind möglich

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