

## 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).

Als: Mensch mit Behinderung  Eltern

_____	_____	_____
Name	Vorname	
_____	_____	_____
Name	Vorname	Telefon:
_____	_____	_____
Straße	PLZ Ort	E-Mail:

### Spezifische Angaben zur Person mit Behinderung

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb. Datum
Spina bifida <input type="checkbox"/>	Spina bifida occulta <input type="checkbox"/>	andere Behinderung _____
Hydrocephalus <input type="checkbox"/>	Normaldruckhydrocephalus <input type="checkbox"/>	

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten in der ASBH erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung, die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der satzungsgemäßen Ziele erforderlich sind.

_____	_____	_____
Ort / Datum	Unterschrift	Unterschrift

Den Jahresbeitrag von € 70,00<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) – **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

\* Die Mitgliederversammlung hat reduzierte Beiträge für einkommensschwache Personengruppen beschlossen. Informationen auf der Homepage [www.asbh.de](http://www.asbh.de) oder bei der Bundesgeschäftsstelle.

<sup>1</sup> Beschlossen von der ASBH Mitgliederversammlung 2010, Änderungen sind möglich.