

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 Okkulte spinale Dysraphie (SPO) PseudoTumorCerebri (PTC)
 Hydrocephalus NPH (Altershirndruck) andere Behinderung

Bei Mitgliedschaft von Ehepaaren / Lebenspartnern sind beide Unterschriften erforderlich
 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

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