

**Beitrittserklärung**

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Geburts-Datum:

Geburts-Datum:

Straße:

Straße:

PLZ/Ort:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefon:

Fax:

Fax:

eMail:

eMail:

Bitte Zutreffendes ankreuzen: Ich bin/wir sind Angehörige (Mutter/Vater/Großeltern/Geschwister) eines autistisch Betroffenen

Name des autistischen Angehörigen:

Geburts-Datum:

Diagnose (bitte unterstreichen)

Asperger-S/Kanner/High-f.Aut.

 Ich bin selbst betroffen - offizielle Diagnose liegt vor Mein/unser Beitritt erfolgt aus anderen Gründen:

Ich/wir gebe/n hiermit mein/unser Einverständnis, dass meine/unsere Anschrift sowie Name und Alter meines/unseres Kindes/Angehörigen in der Kontakt-Liste des Regionalverbandes genannt wird.

(Diese Erklärung ist aus Gründen des Datenschutzes notwendig. Sie können dem Regionalverband auch angehören, wenn Sie diesen Passus streichen.)

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, einen Jahres-Betrag von zur Zeit

 EURO 50,- für Einzelpersonen. EURO 60,- als Doppel(Familien)mitgliedschaft EURO 10,- für selbst Betroffene zu zahlen.*(Beitrag gem. Beschluss v. 01/2015)***) Anmerkung zum Beitrag s. unten*

Im Mitgliedsbeitrag ist die Mitgliedschaft beim Bundesverband **autismus** Deutschland e.V. sowie das Abonnement der Zeitschrift **autismus** des Bundesverbandes, die halbjährlich erscheint, enthalten.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Jahresende mit einer Frist von drei Monaten möglich.

Die Satzung des Regionalverbandes wird mir/uns mit der Mitgliedsbestätigung zugesandt, sie ist online ersichtlich unter www.autismus-nordbaden-pfalz.de/Satzung.pdf

Ort/Datum:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige **autismus** Nordbaden-Pfalz e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **autismus** Nordbaden-Pfalz 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen)

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

Datum/Unterschrift/en:

(Hinweis: Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich als Spende absetzbar, eine Zuwendungsbestätigung wird nicht erstellt)

**) Doppel(Familien)mitgliedschaft bedeutet, dass Sie bei unserer Mitgliederversammlung zwei Stimmen haben, und wir als Verein bei der Mitgliederversammlung des Bundesverbandes für Sie zwei Stimmen abgeben können.*

Zudem erhalten Sie bei unseren Veranstaltungen sowie denen des Bundesverbandes für zwei Personen den ermäßigten Teilnahmepreis.