autismus Dortmund und Umgebung e. V.
Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus

Am Wasserturm 12a
44135 Dortmund

Fon: 0231 - 880 886-0
Fax: 0231 - 880 886-60

E-Mail: vorstand@atz-do.de

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich / wir beantrage/n die Mitgliedschaft in **autismus Dortmund und Umgebung e. V.**, Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus.

Art der Mitgliedschaft

- ○ Familienmitgliedschaft Jahresbeitrag **61,00 €**
- ◉ Einzelmitgliedschaft Jahresbeitrag **41,00 €**
- ○ Menschen mit Autismus Jahresbeitrag **10,00 €**

Enthalten ist die Mitgliedschaft beim Bundesverband **autismus** Deutschland e.V. sowie das Abonnement der Zeitschrift **autismus** des Bundesverbands. Beiträge und Spenden können beim Finanzamt steuerabzugsfähig gemacht werden.

Die Mitgliedschaft wird beantragt für:

○ Herr ○ Frau _____ _____
Name Vorname

○ Herr ○ Frau _____ _____
Name Vorname

Straße _____ PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

- ○ Ich bin / wir sind Angehörige (Mutter / Vater / Großeltern / Geschwister) autistisch Betroffener.
- ○ Ich bin selbst betroffen.
- ○ Mein / unser Beitritt erfolgt aus anderen Gründen: _____

Mir ist bekannt, dass die mich / uns betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit und so lange sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

_____
Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000873303
Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **autismus Dortmund und Umgebung e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **autismus Dortmund und Umgebung 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

_____ _____
Name, Vorname (Kontoinhaber*in) IBAN

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Kontoinhaber*in