

Antrag auf Mitgliedschaft

zur Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus Hamburg e.V. (ASBH Hamburg eV)

Hiermit erkläre(n) ich wir meinen/unseren Beitritt zur ASBH Bereich Hamburg e.V.

als **Mensch mit Behinderung** **Eltern** **Förderer**

Name: _____ Vorname: _____

ggf. Name (Partner): _____ ggf. Vorname (Partner): _____

Straße: _____ PLZ, Ort _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Angaben zur Person mit Behinderung:

Name Vorname Geburtsdatum

Spina Bifida Spina Bifida occulta Hydrocephalus

andere Behinderung: _____

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

Ort/Datum Unterschrift ggf. Unterschrift Partner

Jahresbeitrag von: **70,00 €** **100,00 €** **120,00 €**

Ich überweise auf das Konto der ASBH Bereich Hamburg e.V. bis **zum 31.3. eines Jahres**

IBAN: DE35 2512 0510 0001 4486 00

BIC: BFSWDE33HAN

wir empfehlen die Einrichtung eines jährlichen Dauerauftrags

Für den Jahresbeitrag erteile ich eine Einzugsermächtigung: **SEPA –Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer DE48ZZZ00000069624

Ich ermächtige die ASBH Bereich Hamburg e.V., den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der ASBH Bereich Hamburg e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 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 _ I _ _ I _ _ I _ _ I _ _

Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied)

Datum

Unterschrift