

# Antrag auf Mitgliedschaft

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

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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.

Jahresbeitrag von:  **94,00 €** Vollmitglied

**47,00 €** (für Empfänger von Familienzuschlag, Wohngeld etc., Nachweis bitte beifügen)

**16,00 €** ( für Schüler, Azubis, Studierende, Bezieher von Grundsicherung etc., Nachweis bitte beifügen)

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 \_\_\_\_ I \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Kontoinhabers (falls abweichend vom Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift