

Beitrittserklärung (bitte an **allen entsprechenden Stellen** unterschrieben und an **umseitige** Adresse schicken)

**Ich/Wir erkläre/n meinen/unseren Beitritt zum
Verein Autismus Hannover e.V. Bemeroder Str. 8, 30559 Hannover**

und verpflichte/n mich/uns zur Zahlung eines jährlichen Betrages

von _____ Euro Mitgliedsbeitrag zuzüglich _____ Euro Spende = _____ Euro

Der Mitgliedsbeitrag beträgt:

Einzelmitgliedschaft 40,- Euro/Jahr, Doppelmitgliedschaft (2 Personen gelten als Mitglieder) 60,- Euro/Jahr,
Menschen mit Autismus 20,- Euro/Jahr, Institutionen 250 Euro /Jahr (vergünstigte Teilnahme an Fortbildungen des
Bundesverbandes Autismus Deutschland e.V. für Ihre Mitarbeiter) oder 60 Euro/Jahr (keine vergünstigte Teilnahme).

Mit der Mitgliedschaft im Verein besteht gleichzeitig mittelbare Mitgliedschaft im Bundesverband „Autismus Deutschland e.V.“,
dies beinhaltet auch den Bezug des halbjährlich erscheinenden „Autismus“-Heftes.

Name _____ Vorname _____

weiterer Name (bei Doppelmitgliedschaft) _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Ich bin selbst von Autismus betroffen: Ja Nein

Freiwillige Angaben, im Sinne einer effizienten Mitgliederverwaltung, erbeten:

Telefon: _____ Emailadresse: _____

**Bitte beachten Sie unsere Information zur Datenverarbeitung. Sie finden diese auf unserer Internetseite
www.autismus-hannover.de - Auswahl Autismus Hannover e.V. - Menüpunkt Satzung, Beitrittserklärung,
Datenverarbeitung.
(<https://www.autismus-hannover.de/fileadmin/Dokumente/information.datenverarbeitung.3.2019.pdf>)**

Datum _____ **Unterschrift/en** _____

Das Lastschriftmandat ist eine Erleichterung für unsere Vereinsverwaltung. Selbstverständlich können Sie den Betrag auch auf unser Konto DE18 520604100100600709, BIC GENODEF1EK1 überweisen, bitte bis Ende Juni jeden Jahres, beginnend am 30.06. nach dem Vereinsbeitritt.

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige Autismus Hannover e.V. Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Autismus Hannover 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: _____

Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

IBAN: _____ Kreditinstitut/BIC: _____

(Hinweis: IBAN und BIC finden Sie auf Ihrem Kontoauszug)

Datum _____ **Unterschrift/en** _____

An

Gesellschaft für integrative Behindertenarbeit
z.H. Frau Christine Ohmes

Prinz-Albrecht-Ring 63

30657 Hannover.

-