



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum ASbH Koblenz-Neuwied e.V.

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des betroffenen Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

<b>Behinderung</b>	<input type="checkbox"/>	Spina bifida
(Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/>	Hydrocephalus
	<input type="checkbox"/>	Andere: _____

### **Mitgliedsart:**

- Im ASbH Koblenz-Neuwied und Dortmund Jahresbeitrag 85,00€
- Oder wenn der Beitrag an den Bundesverband (70,00€) nach Dortmund selbst gezahlt wird
- Oder ohne Mitgliedschaft im Bundesverband
- Fördermitglied im ASbH Koblenz-Neuwied Beitrag frei wählbar (mindestens 15,00€/Jahr)  
Betrag \_\_\_\_\_€/Jahr

### **Einzugsermächtigung:**

Hiermit ermächtige ich den ASbH Koblenz-Neuwied e.V. bis auf Widerruf den o.g. Betrag zu Lasten des nachstehend angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Konto-Inhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ Bei Bankinstitut: \_\_\_\_\_

Das vorstehend bezeichnete Kreditinstitut ist nicht zu Einlösung verpflichtet, wenn auf dem o.a Konto keine Deckung vorhanden ist.

\_\_\_\_\_  
(Ort/Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)