



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: _____

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

Mitgliedsart:

- Im AsbH Koblenz-Neuwied und Dortmund Jahresbeitrag 108,00€
- Oder wenn der Beitrag an den Bundesverband (93,00€) 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)

Arbeitskreis
Spina bifida und
Hydrocephalus
Koblenz-Neuwied e.V.

1.Vorsitzende
Michaela Selig-
Strischakov
Friesenstraße 7
56567 Neuwied
Tel: 017684946376

Bankverbindung:
Sparkasse Koblenz
IBAN: DE86 5705 0120 0000 0927 26
BIC: MALADE51KOB

<https://asbh-koblenzneuwied.de>