



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)

☐

Spina bifida

☐

Hydrocephalus

☐

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)