



## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erklären wir/erkläre ich unseren /meinen Beitritt zum Verein **autismus** Karlsruhe e.V.:

Name, Vorname

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Straße

Straße

Plz, Ort

Plz, Ort

Telefon / Mobil

Telefon / Mobil

E-Mail

E-Mail

Ich bin / wir sind Angehörige (Mutter/Vater/Großeltern/Geschwister) eines autistisch Betroffenen.

Name, Vorname des autistischen Angehörigen

Geburtsdatum

Ich bin selber von Autismus betroffen.

Der Beitritt erfolgt als Institution.

Mein / unser Beitritt erfolgt aus anderen Gründen:

Ich beantrage **Einzelmitgliedschaft** mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro ( mind. 50,- Euro).

Ich beantrage **Familienmitgliedschaft** mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro ( mind. 50,- Euro).

Ich beantrage **Einzelmitgliedschaft als Betroffener** mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro ( mind. 10,- Euro).

Ich beantrage **Mitgliedschaft als Institution** mit einem Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (nach Vereinbarung).

*Hinweis: Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich als Spende absetzbar, eine Zuwendungsbestätigung bei Beträgen unter 200,- Euro wird nicht erstellt*

Der Mitgliedsbeitrag ist bis zum 31. Januar zu entrichten.

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann zum Ende des Jahres mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten schriftlich erfolgen.

Jährlich werden bei jeder Einzelmitgliedschaft derzeit 22,- EUR und für Familienmitgliedschaft 30,- EUR vom Mitgliedsbeitrag an den Bundesverband „Autismus Deutschland e. V.“ in Hamburg abgeführt.

Jedes an den Bundesverband gemeldete Mitglied erhält zweimal im Jahr die Zeitschrift „Autismus“.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Anschrift und Telefonnummer anderen Eltern des Vereins mitgeteilt werden, damit ein besserer Informationsaustausch möglich ist.

SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige ich / ermächtigen wir den Verein **autismus** Karlsruhe e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Autismus Karlsruhe 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.*

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Mit unserer /meiner Unterschrift erkenne(n) wir /ich gleichzeitig die Satzung des Regionalverbandes an.

Datum

Unterschrift / en