

Beitrittserklärung

zum Elternverein Autismus e. V. Schifferstadt
Lillengasse 1-2, 67105 Schifferstadt

Hiermit erkläre/n ich/wir bis auf Widerruf meinen/unseren Beitritt zum
Elternverein Autismus e. V. Schifferstadt.

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

Mit meiner/unserer Unterschrift erkenne/n ich/wir gleichzeitig die Satzung des Vereins Elternverein Autismus e. V. an. Sie liegt in der Beratungsstelle und im Förderzentrum des Vereins aus und wird Ihnen auf Wunsch ausgehändigt.

Schifferstadt, den _____
Unterschrift/en

Lastschriftverfahren

Hiermit erteile/n ich/wir dem Elternverein Autismus e. V. Schifferstadt bis auf Widerruf die Ermächtigung, einmal jährlich den Betrag von _____ € einzuziehen. In diesem Betrag sind 12,- € pro Person/Jahr als Mitgliedsbeitrag enthalten, der Rest ist als Spende an den Verein anzusehen.

Geldinstitut: _____ Bankleitzahl: _____

Kontoinhaber: _____ Konto-Nr.: _____

Schifferstadt, den _____
Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Büro des Vereins Tel.-Nr. 06235-1815 oder 0700-0100-2035