

# Beitrittserklärung

zum Autismus-Elternverein e.V. Schifferstadt

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

(Diese liegt in der Beratungsstelle und im Förderzentrum des Vereins aus und wird Ihnen auf Wunsch  
ausgehändigt.)

Schifferstadt, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

## Lastschrifteinzugsverfahren

Hiermit erteile/n ich/wir dem Autismus-Elternverein e.V. Schifferstadt bis auf Widerruf die  
Ermächtigung, einmal jährlich den Betrag von \_\_\_\_\_ € einzuziehen. In diesem Betrag sind 10,- € pro  
Person/Jahr als Mitgliedsbeitrag enthalten, der Rest ist als Spende an den Verein anzusehen.

Geldinstitut: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

Schifferstadt, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Kassenwart des Vereins:

Herrn Ludwig Brauchler, Im Bachgarten 11, 67105 Schifferstadt, Tel.: 06235/1710