



Bitte Original mit Unterschriften senden an:

autismus Elbe-Trave e.V.
Breite Straße 7
23552 Lübeck

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage(n) ich/wir,

Firma	
Anrede* / Titel	Frau / Herr / Familie
Name, Vorname*	
Beruf*	
Geburtsdatum*	
Straße*	
PLZ / Ort*	
Telefon	
Email*	

*) Pflichtfelder

die Aufnahme als Mitglied in den Verein „autismus Elbe-Trave e.V.“ ab sofort / ab dem ____ . ____ .20 ____

(Nicht Zutreffendes streichen) in folgender Form: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Mitgliedsform		Jährlicher Mitgliedsbeitrag
<input type="checkbox"/>	Natürliche Personen: Einzelmitgliedschaft	80 €
<input type="checkbox"/>	Natürliche Personen: Paar-/Familienmitgliedschaft	120 €
<input type="checkbox"/>	Juristische Personen	250 €

Mit meiner Mitgliedschaft erkenne ich / erkennen wir die Satzung des Vereins an und verpflichte mich / verpflichten uns u.a. zur Zahlung der genannten Mitgliedsbeiträge (Stand vom 22.11.2014).

Eine Ermäßigung des Mitgliedsbeitrages ist nur für natürliche Personen möglich. Die Ermäßigung beträgt 20 € p.a. Ermäßigte Mitgliedsbeiträge müssen gesondert beantragt werden. Der Nachweis der Bedürftigkeit muss mit entsprechenden Unterlagen erfolgen. Im Regelfall kann bei Schülern, Studenten sowie bei Bezug von Arbeitslosengeld II von einer Bedürftigkeit ausgegangen werden. Der Vorstand entscheidet über die Ermäßigung. Die Ermäßigung gilt bis zum Wegfall der Voraussetzungen, längstens aber für 1 Jahr. Danach muss das Mitglied selbst eine Verlängerung beantragen, anderenfalls ist ab dann der reguläre Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Der Einzug des jährlichen Mitgliedsbeitrages erfolgt jährlich zum 31. Januar. Ein Mitglied, das der Verein nach dem 1. Januar eines Jahres aufnimmt, zahlt den anteiligen Mitgliedsbeitrag. Dieser beträgt je ein Zwölftel des Jahresbeitrages für jeden Kalendermonat, der auf den Monat des Beitrittes folgt. Der Einzug des Mitgliedsbeitrages erfolgt in diesem Falle innerhalb von 14 Tagen. Damit ist keine Vorab-Info mehr nötig.

Um unsere Mitglieder besser betreuen und teilhaben zu lassen, würden wir uns außerdem über die Beantwortung folgender Fragen freuen:

(1) Ich bin / Wir sind auf autismus Elbe-Trave e.V. aufmerksam geworden durch:

.....

(2) Ich gehöre / Wir gehören zu folgendem Bereich:

- Privates Umfeld (Betroffene und ihre Eltern, Geschwister, Verwandte, Bekannte)
- Arzt / Therapeut
- Schule (Lehrer, Sozialpädagogen)
- Kinderbetreuung (Kinderhort / Kindergarten / Tagesmütter etc.)
- Behörde (Gesundheitsämter, Sozialämter, Jugendämter etc.)
- Arbeitgeber
- Sonstiges:

(3) Art der Teilhabe

- Ich möchte / Wir möchten lediglich passives Mitglied sein
- Ich möchte mich / Wir möchten uns aktiv an der Vereinsarbeit beteiligen. Dabei kann ich / können wir folgende Talente / berufliche Expertise mit einbringen:

.....

.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (u.a. Vor- und Nachname, Titel, Beruf, Firmen-/Schul-/Institutionenbezeichnung, Geburtsdatum, Anschriften, Telefon und E-Mailadressen, Benutzername und Passwort für Vereins-Intranet, Bankverbindung für Lastschriften etc.) zum Zweck der Pflege der Mitgliedschaft und Kontaktaufnahme durch autismus Elbe-Trave e.V. elektronisch erfasst, gespeichert und zu Auswertungs- und Werbezwecken sowie sonstige an mich gerichtete Informationen, insbesondere Zusendung von Newslettern, E- Mail Marketing, telefonischer Kontaktaufnahme verwendet werden dürfen. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Dritte sind nicht der Bundesverband Autismus. Mit der Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an diesen verbundenen Verein bin ich einverstanden, damit ich u.a. die Mitgliederzeitschrift und überregionale Veranstaltungsinformationen erhalte. Diese Einwilligung kann jederzeit bei autismus Elbe-Trave e.V. eingesehen und widerrufen werden. Bei der technischen Durchführung der Datenverarbeitung bedient autismus Elbe-Trave e.V sich teilweise externer Dienstleister. Wenn Sie zukünftig keine Informationen und Angebote mehr erhalten wollen, können Sie bei uns der Verwendung ihrer Daten jederzeit widersprechen.

....., den

(Ort)

(Datum)

Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)



SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64AET00001524918

Mandatsreferenz: Jahresbeitrag – Mitglieds-Nr.

Ich ermächtige „autismus Elbe-Trave e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „autismus Elbe-Trave e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

BLZ: Konto-Nr.:

BIC: IBAN: D E _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _ | _ _ _

Konto-Inhaber:

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den

(Ort) (Datum) Unterschrift (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten)

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich. Mit der Unterschrift erklärt/en sich der/die Erziehungsberechtigte/n bereit, die Beitragszahlung bis zur Volljährigkeit des Kindes zu übernehmen.)
Im Falle einer Paar-/Familienmitgliedschaft besteht gesamtschuldnerische Haftung für den Mitgliedsbeitrag.

Interne Vermerke (Nicht Zutreffendes streichen)

Angenommen: ja / nein

Fördermitgliedschaft: ja / nein

Beitragsklasse: A / Ae / B / Be / C

Vorstand Unterschrift / Datum:

Vergebene Mitgliedsnummer: