



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft in den oben genannten Verein: (nur ein Feld ankreuzen!)

- Selbstbetroffene / Selbstbetroffener (diagnostiziert, im Fall von Mittellosigkeit) Jahresbeitrag: 10 €
- Doppelmitgliedschaft (Paare in häuslicher Gemeinschaft) Jahresbeitrag: 84 €
- Einzelmitgliedschaft Jahresbeitrag: 60 €

		Antragsteller/in:	Partner/in (bei Doppelmitgliedschaft):
Pflichtfelder	Nachname:		
	Vorname:		
	Straße/Nr.:		
	Postleitzahl:		Wohnort:
	Kreis:		
	Telefon:		
	E-Mail:		

nur bei Elternmitgliedschaft:		Geburtsdatum	Diagnose/Jahr der Diagnosestellung
Name des betroffenen Kindes / Erwachsenen		Betroffene(r)	
Pflichtfelder	1.		
	2.		

Der Beitritt gilt für mindestens ein vollständiges Kalenderjahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht spätestens bis zum 30. September der Austritt erklärt wird. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

Ich / Wir habe/n die Satzung (beschlossen vom 26.09.2023) zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit wird der Verein autismus Westerwald-Mittelrhein e.V. (WeMi) bis auf Widerruf ermächtigt, den fälligen Jahresbeitrag gemäß den Bestimmungen der jeweils geltenden Beitragsordnung in Höhe von derzeit (bitte fälligen Jahresbeitrag ankreuzen)

10 € 60 € 84 € _____ € (freiwilliger höherer Betrag)

von dem nachstehenden Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von autismus Westerwald-Mittelrhein e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: _____

Name des Geldinstitutes: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Der Beginn einer Mitgliedschaft (gem. § 4 unserer Satzung) wird vom Vorstand in seiner nächsten Sitzung nach dem Eingang des Antrags festgesetzt und schriftlich mitgeteilt. Der Beitrag im ersten Mitgliedsjahr wird anteilig berechnet und innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft abgebucht.

Die Mandatsreferenz wird nach Antragsingang vom Verein vergeben und vor Einzug mitgeteilt.

Der Erst- oder Folgeeinzug des Jahresbeitrags erfolgt am 15.1. jeden Jahres. Sie erkennen unsere Beitragseinzüge an unserer Gläubiger-Identifikationsnummer **DE06ZZZ00001242334** und Ihrer persönlichen Mandatsreferenz.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Dieser Auftrag erlischt automatisch mit Ende der Mitgliedschaft.

Ort, Datum

Unterschrift