
Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Autismuszentrum Hildesheim e.V. zum _____ 202

Ich wähle die Einzelmitgliedschaft die Begleitmitgliedschaft die Fördermitgliedschaft

Meine Mitgliedsdaten (bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Nachname, Vorname:

Straße & Hausnummer:

Postleitzahl & Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Nur bei beantragter Begleitmitgliedschaft; Daten der Begleitperson:

Nachname, Vorname:

Straße & Hausnummer:

Postleitzahl & Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

_____, den _____ 202_____
Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Falls ges. Vertreter/in, bitte hier Name/Vorname und Tel.-Nr. in Druckbuchstaben angeben:

Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- Ich erkläre, dass ich ab Eintritt in den Verein den zum Zeitpunkt des Beitrittsdatums gültigen Beitrag laut Gebührenordnung an folgendes Konto vom Autismuszentrum Hildesheim e.V. überweisen werde:

Geldinstitut: Sparkasse Hildesheim/Goslar/Peine.
IBAN: DE27 2595 0130 0058 3313 49.
BIC: NOLADE21HIK

Als Verwendungszweck gebe ich **meinen Namen** und den Text **Mitgliedsbeitrag** an.

- Ich erteile dem Autismuszentrum Hildesheim e.V. ab dem Zeitpunkt des Beitrittsdatums widerruflich die **EINZUGSERMÄCHTIGUNG**, den Mitgliedsbeitrag laut Gebührenordnung vom nachfolgend angegebenen Konto einzuziehen. (Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, so besteht seitens des kontoführenden Institutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die daraus entstehenden Kosten hat der/die Kontoinhaber*in zu tragen.)

Name/Vorname des/der Kontoinhabers/-inhaberin: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

- Ich möchte bar zahlen

(Muss vom Vorstand vorab genehmigt werden! Bitte stelle einen schriftlichen Antrag mit Angabe der Gründe f.d. gewünschte Barzahlung). Bei Ablehnung durch den Vorstand ist eine der anderen zwei Möglichkeiten anzukreuzen.)

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung, die Gebührenordnung sowie die Werte & Verhaltensregeln des Vereines Autismuszentrum Hildesheim e.V. an.

Ich bin damit einverstanden, dass alle von mir gemachten Angaben zum Zwecke der Mitgliederverwaltung / Statistik / Beitragsabrechnung in den Unterlagen und IT-Systemen des Vereines gespeichert werden. Änderungen, die meine persönlichen Daten und / oder meine Bankverbindung betreffen, werde ich dem Verein unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in

ggf. Unterschrift gesetzliche*r Vertreter*in

Vereinsintern auszufüllen

Antrag eingegangen am: _____202____

Bearbeitet am: _____202____