

## Beitrittserklärung

**Mit Ihrem Beitritt unterstützen Sie die Arbeit des Vereins  
Autismus verstehen e.V. - vielen Dank!**

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem Verein Autismus verstehen e.V.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bei Paaren bitte beide Namen angeben)

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

Ich bezahle bis auf Widerruf jährlich folgenden Mitgliedsbeitrag (bitte Zutreffendes ankreuzen):

Für 1 Person: \_\_\_\_\_ (Jahresmindestbeitrag 30 Euro)

Für (Ehe-)Paare: \_\_\_\_\_ (Jahresmindestbeitrag 50 Euro)

**Schüler, Studenten und Geringverdienende:**

Für 1 Person: \_\_\_\_\_ (Jahresmindestbeitrag 15 Euro)

Für (Ehe-)Paare: \_\_\_\_\_ (Jahresmindestbeitrag 25 Euro)

Ich wähle folgende Zahlungsweise (bitte Zutreffendes ankreuzen):

**Überweisung**

Ich verpflichte mich, den oben angegebenen Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ € bis auf Widerruf

jährlich einmalig bzw.  in monatlichen Teilbeträgen auf eines der unten angegebenen  
Konten des Vereins zu überweisen.

**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige den Verein Autismus verstehen e.V. bis auf Widerruf den oben angegebenen  
jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € mittels SEPA-Lastschrift abzubuchen:

IBAN:

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_