



## Beitrittserklärung

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburts-Datum:	Geburts-Datum:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
eMail:	eMail:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

1.  Ich bin/wir sind Angehörige (Mutter/Vater/Großeltern/Geschwister) eines autistisch Betroffenen

Name des autistischen Angehörigen:

Geburts-Datum:

2.  Ich bin selbst betroffen (Asperger-S./Kanner-S./HfA/atypisch - *bitte unterstreichen*) **offizielle Diagnose liegt vor**

3.  Mein/unser Beitritt erfolgt aus anderen Gründen:

Ich/wir gebe/n hiermit mein/unser Einverständnis, dass meine/unsere Anschrift sowie Name und Alter meines/unseres Kindes/Angehörigen in der Kontakt-Liste des Regionalverbandes genannt wird.

*(Diese Erklärung ist aus Gründen des Datenschutzes notwendig. Sie können dem Regionalverband auch angehören, wenn Sie diesen Passus streichen.)*

Ich/wir verpflichte/n mich/uns, ab Eintritts-Datum einen Jahres-Betrag von zur Zeit

EURO 45,- für Einzelpersonen.  EURO 55,- für Familien  EURO 10,- für selbst Betroffene zu zahlen.

*(Beitrag gem. Beschluss v. 08/2001)*

Im Mitgliedsbeitrag ist das Abonnement der Zeitschrift **autismus** des Bundesverbandes enthalten.

**Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Jahresende mit einer Frist von drei Monaten möglich.**

Die Satzung des Regionalverbandes wird mir/uns mit der Mitgliedsbestätigung zugesandt, sie ist online ersichtlich unter [www.autismus-nordbaden-pfalz.de/Satzung.pdf](http://www.autismus-nordbaden-pfalz.de/Satzung.pdf)

Ort/Datum:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

- Ich/wir ermächtige/n den Regionalverband widerruflich, den Jahresbetrag von folgendem Konto abzubuchen:

Konto-Nr:

BLZ:

Name der Bank:

Datum/Unterschrift/en:

*(Hinweis: Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich als Spende absetzbar, eine Zuwendungsbestätigung wird nicht erstellt)*