

autismus Dortmund und Umgebung e.V.

Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus
Heiliger Weg 58c, 44135 Dortmund, Fon (02 31) 880 886-0, Fax (02 31) 880 886-60
E-mail: vorstand@atz-do.de



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft in **autismus Dortmund und Umgebung e.V.**,
Regionalverband zur Förderung von Menschen mit Autismus

Aufnahmedatum sofort bei Therapiebeginn Datum: _____

Familienmitgliedschaft (z. Zt. jährlich 61 €) / Einzelmitgliedschaft (z. Zt. jährlich 41 €)

Name, Vorname _____
(Mutter)

Name, Vorname _____
(Vater)

Berufe _____

Anschrift _____
Straße PLZ Wohnort

Fon / Fax _____ / _____
tagsüber abends

E-mail _____

Daten des Kindes _____ / _____ / _____
Name Geb.-Datum Geschlecht

Status Eltern Elternteil Förderer

Datum, Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000873303

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger **autismus Dortmund und Umgebung e.V.** Zahlungen von
meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **autismus Dortmund und
Umgebung e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Er-
stattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut ver-
einbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname: _____
(Kontoinhaber)

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift Kontoinhaber