

## Antrag auf Mitgliedschaft

Bitte in Druckschrift ausfüllen und per Post senden an: Autismus Hamburg e.V., Gödersenweg 16,, 22399 Hamburg

Hiermit beantrage ich (beantragen wir) die Aufnahme in den Verein „Autismus Hamburg e.V.“ als

- ordentliches Mitglied**       **Fördermitglied**

Als Fördermitglied unterstützen Sie den Verein vor allem finanziell.  
Fördermitglieder haben in der Mitgliederversammlung eine beratende  
Stimme, jedoch weder Stimm- noch Wahlrecht.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Weiteres Familienmitglied:** (bitte NUR ausfüllen, wenn ein weiteres Familienmitglied die Mitgliedschaft beantragt)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Jährlicher Mitgliedsbeitrag** (bitte ankreuzen):

- Ich zahle (wir zahlen) den **regulären Mitgliedsbeitrag** von **15 Euro** pro Person.
- Ich zahle (wir zahlen) freiwillig einen **höheren Mitgliedsbeitrag** von
- 30 Euro** pro Person (XL-Beitrag)
  - 60 Euro** pro Person (XXL-Beitrag)
  - \_\_\_\_\_ Euro pro Person
- Wir beantragen **Familienermäßigung** und zahlen einen Mitgliedsbeitrag von **10 Euro** pro Person.
- Ich beantrage (wir beantragen) **Beitragsbefreiung** wegen finanzieller Notlage.

**Zusätzlich** spende ich (spenden wir) einmalig \_\_\_\_\_ Euro.

Ich wünsche (wir wünschen) eine Spendenquittung:     ja                       nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggfs. Unterschrift des weiteren Familienmitglieds

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages per Lastschrift ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft.  
Bitte das SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen und unterzeichnen!

## SEPA-Lastschriftmandat

**Zahlungsempfänger:** Autismus Hamburg e.V., Gödersenweg 16, 22399 Hamburg

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE08ZZZ00001440469

**Mandatsreferenz:** \_\_\_\_\_  
(bitte nichts eintragen - wird von Autismus Hamburg e.V. vergeben und Ihnen mitgeteilt)

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die jährlichen Mitgliedsbeiträge sowie - im Falle einer einmaligen Spende - für die einmalige Spende.

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) Autismus Hamburg e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von Autismus Hamburg e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (des Kontoinhabers/der Kontoinhaber)

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des Kontoinhabers/der Kontoinhaber