



WIR ENGAGIEREN UNS FÜR MENSCHEN MIT AUTISMUS

**autismus** Mittelfranken e.V.

[www.autismus-mfr.de](http://www.autismus-mfr.de)

**Geschäftsstelle:**

**Stefan Bauerfeind**

Himmelgartenstraße 16

91077 Neunkirchen am Brand

Tel. 09134/997841

Email: [vorstand@autismus-mfr.de](mailto:vorstand@autismus-mfr.de)

## Beitrittserklärung

Bei den angegebenen Mitgliedsbeiträgen handelt es sich um Untergrenzen. Sehr gerne können Sie Ihren persönlichen Beitragssatz anpassen. Die Beiträge sind steuerlich als Spenden absetzbar. Gerne stellen wir auf Nachfrage eine entsprechende Bescheinigung aus.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- ☐ **Ich erkläre meinen Beitritt als Einzelmitglied** zum Verein **autismus** Mittelfranken e.V..
- ☐ Ich werde einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro leisten (jährlich **EUR 45**).
- ☐ Ich bin selbst Autist\_in und werde einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro leisten.  
(jährlich **EUR 20**).
- ☐ **Wir erklären unseren Beitritt als Familie** zum Verein **autismus** Mittelfranken e.V.  
und werden einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ Euro leisten (jährlich **EUR 60**).
- ☐ **Mein/ Unser Kind hat folgende Diagnose/ Ich habe folgende Diagnose (keine Pflichtangabe):**
- Name \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum \_\_\_\_\_
- Frühkindlicher Autismus ☐ HFA (high functioning autism) ☐
- Atypischer Autismus ☐ Asperger Autismus ☐

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon /Email: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

### Hinweis:

Persönliche Daten unserer Mitglieder – insbesondere Informationen über betroffene Kinder und Erwachsene – werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur für vereinsinterne Verwaltungszwecke genutzt. Mit dem Beitritt werden die angegebenen Adress- und Kontaktdaten an den Bundesverband gemeldet. Jede darüberhinausgehende Verwendung bedarf der ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen.

Für den Beitritt juristischer Personen (Körperschaften) gelten besondere Regelungen. Nehmen Sie bei Interesse bitte mit uns Kontakt auf.



# SEPA-Basis-Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name/ Anschrift des Zahlungsempfängers

autismus Mittelfranken e.V.  
Himmelgartenstr. 16  
  
91077 Neunkirchen am Brand

Wiederkehrende Zahlungen  
Mitgliedsbeiträge

---

## SEPA Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

Autismus Mittelfranken e.V.

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]

Autismus Mittelfranken 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

DE

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)