

# BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich/Wir erkläre(n) meinen/unseren Beitritt zum

## **autismus** Regionalverband Münster und Münsterland e.V.

---

Vereinigung zur Unterstützung autistischer Menschen

Im paritätischen Zentrum      Dahlweg 112      48153 Münster  
Fon: 0251 – 27 63 96      Fax: 0251 – 97 42 03 34  
E-Mail: kontakt@autismus-muenster.de      Internet: www.autismus-muenster.de

**Kontonummer    Sparkasse Münsterland Ost**  
IBAN: DE32 4005 0150 0001 0029 48      BIC : WELADED1MST

Im Mitgliedsbeitrag von jährlich 39,00 € für Einzelpersonen (16,00 € für Studenten, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger) und 52,00 € für Ehepaare (26,00 € für Studenten, Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger) ist der Bezug der Zeitschrift „**autismus**“ enthalten.

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Ich bin bereit/nicht bereit, dass der Name, die Anschrift und das Geburtsjahr meines Kindes den anderen Eltern des Verbandes und dem Bundesverband mitgeteilt wird, damit ein besserer Informationsaustausch möglich ist (nicht erforderlich für den Eintritt!).

Name des Autisten: ..... geb. am: .....

Anschrift: .....

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den **autismus Regionalverband Münster und Münsterland e.V.**, jederzeit widerruflich, den Jahresbeitrag von EURO ..... bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Meine/Unsere Bankverbindung:

Konto - Name: .....

IBAN :      D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Kreditinstitut: .....

BIC :      \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Ort, Datum: .....      Unterschrift: .....