

AUFNAHMEANTRAG

ARBEITSKREIS DOWN-SYNDROM DEUTSCHLAND e. V.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Persönliche Daten: | |
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Beruf* | |
| Adresse, Telefon, eMail: | |
| Straße+Haus-Nr. | |
| PLZ u. Ort | |
| Vorwahl / Telefon | |
| eMail | |
| Ich bin Mutter/Vater eines Kindes mit Down-Syndrom: | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte ankreuzen, bei mehreren Kindern bitte gegebenenfalls 2. Blatt beilegen) | |
| Name Kind | |
| Vorname Kind | |
| Geburtsdatum | |
| <p>Der Beitrag soll Euro ** pro Jahr betragen.</p> <p>Über 60,00 Euro Jahresbeitrag bieten wir auch Zahlung monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich an. Falls Sie das wünschen kreuzen Sie bitte entsprechend an:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich </p> <p>Der Mindestbeitrag beträgt 60 Euro pro Jahr. Freiwillig sind gerne höhere Beträge willkommen.</p> | |
| SEPA-Lastschriftmandat | <p>Ich ermächtige den Arbeitskreis Down-Syndrom Deutschland e. V. Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mir ist bekannt, dass ich unberechtigten Lastschriften innerhalb einer Frist von acht Wochen ab Belastungsbuchung ohne Angabe von Gründen widersprechen kann.</p> |
| Kontoinhaber | |
| IBAN | |
| Geldinstitut | |
| <p>Das möchte ich für den Verein tun (gelegentlich / häufig / nach zeitlicher Absprache)* oder das sind mich besonders interessierende Themen:</p> | |
| Datum / Unterschrift | Datum / 2. Unterschrift für SEPA (wenn abweichender Kontoinhaber) |
| <p>* Die Angabe von Beruf und Mitarbeit ist freiwillig. Wir wüssten gerne bei welchen Fragen/Themen wir Sie ansprechen dürfen. ** Den Beitrag bitte auswählen (Liste öffnet bei Klick im PC) oder per Hand eintragen.</p> | |