

AUFNAHMEANTRAG

ARBEITSKREIS DOWN-SYNDROM DEUTSCHLAND e. V.

Persönliche Daten:	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf*	
(2. Person bei gemeinsamer Anmeldung von Eltern)	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf*	
Ich bin / Wir sind Eltern 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	
Adresse, Telefon, eMail:	
Straße+Haus-Nr.	
PLZ u. Ort	
Vorwahl / Telefon	
eMail	
Der Beitrag soll Euro ** pro Jahr betragen. Ab 80,00 Euro Jahresbeitrag bieten wir auch Zahlung auch vierteljährlich oder halbjährlich an. Falls Sie das wünschen kreuzen Sie bitte entsprechend an: <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich </div>	
SEPA-Lastschriftmandat	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. (Die Beitragszahlung kann nur per Lastschrift erfolgen.)
Kontoinhaber	
IBAN	
Geldinstitut	
Das möchte ich für den Verein tun (gelegentlich / häufig / nach zeitlicher Absprache)*:	
Datum / Unterschrift(en)	
* Die Angabe von Beruf und Mitarbeit ist freiwillig. Wir wüssten gerne bei welchen Fragen wir Sie ansprechen dürfen.	
** Den Beitrag bitte auswählen (Liste öffnet bei Klick) oder per Hand eintragen.	