

**Antrag auf Mitgliedschaft/Beitrittserklärung
unter Anerkennung der Satzung**

Ja, ich möchte Mitglied der Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V. werden.

- Ich habe eine Behinderung Ich habe keine Behinderung

Meine persönlichen Daten:

| | | | |
|----------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name, Vorname: | <input type="text"/> | Geburtsdatum: | <input type="text"/> |
| Mail-Adresse: | <input type="text"/> | Telefon: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ/ Ort | <input type="text"/> |

Die Höhe des derzeit gültigen Mitgliedsbeitrages entnehmen Sie der Beitragsordnung. Eine darüber hinausgehende Förderung ist freiwillig.

- Meinen Beitrag lasse ich einziehen (SEPA-Mandat unten)
 Meinen Beitrag zahle ich jährlich auf das Konto der Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V.
Kto.: 26617 Sparkasse Göttingen, BLZ 260 500 01
IBAN: DE40 2605 0001 0000 0266 17, BIC: NOLADE21GOE

Ich ermächtige die Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V., die angegebenen Daten zu speichern. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.

Ort, Datum

Unterschrift

Der Bundesverband hat für seine Mitglieder einen günstigen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Um die Vergünstigungen des Gruppenversicherungsvertrages zu erhalten, bin ich damit einverstanden, dass hierfür mein Name und meine Anschrift an den Versicherer weitergegeben werden JA NEIN

Sepa – Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: _____ (wird zugeordnet)

Ich ermächtige die Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V., meinen Jahresbeitrag von z.Zt. EURO von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Über meinen Beitrag hinaus möchte ich den Verein mit EURO pro Jahr fördern. Auch dieser Betrag soll mittels Lastschrift eingezogen werden. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Vor- und Nachname, Adresse des/der Kontoinhabers/in (falls diese von den obigen Angaben abweichen):

Bank/Sparkasse:

IBAN: DE

BIC (8 oder 11 Stellen)

Es handelt sich um eine wiederkehrende Zahlung. Fälligkeitstermin: Die erstmalige Zahlung erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach dem u.a. Datum. Die Folgezahlungen werden regelmäßig in der ersten Februarhälfte fällig.

Ort, Datum

Unterschrift

Beitragsordnung der Selbsthilfe Körperbehinderter Göttingen e.V.

Beitragsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Bei Erwerb der Mitgliedschaft bis zum 30. September eines laufenden Kalenderjahres ist der Mitgliedsbeitrag sofort in voller Höhe zu entrichten. Bei Erwerb zwischen dem 1. Oktober und 31. Dezember entfällt der Beitrag im Beitrittsjahr. Erst für das Folgejahr wird der volle Beitrag fällig.

Die Beitragspflicht besteht grundsätzlich so lange, bis die Mitgliedschaft endet.

Erstattungen bereits gezahlter Mitgliedsbeiträge erfolgen nicht.

Beitragsstaffelung:

Ich bezahle folgenden Beitrag - inklusive Bezug der Zeitschrift Leben und Weg (zutreffendes bitte ankreuzen):

| | |
|---|------------|
| <input type="radio"/> Ordentliches Einzelmitglied | Euro 38,-- |
| <input type="radio"/> Haushaltsbeitragssatz (nur mit einem Exemplar „Leben und Weg“) | Euro 50,-- |
| <input type="radio"/> Ermäßigter Mitgliedsbeitrag für Empfänger*innen von Grundsicherung (Sozialhilfe oder Hartz IV) und HeimbewohnerInnen, die nur über Taschengeld verfügen | Euro 12,-- |

Bemerkungen zum Antrag

(z.B. gewünschtes Datum der Aufnahme, Namen und Geburtsdatum aller über den Haushaltsbeitrag anzumeldenden Haushaltsmitglieder)