

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

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

- 0 Ich habe eine Behinderung
0 Ich habe keine Behinderung

Meine persönlichen Daten:

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Mail-Adresse: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

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

- 0 Meinen Beitrag lasse ich einziehen (Sepa-Mandat unten)
0 Meinen Beitrag zahle ich jährlich auf das Konto der Selbsthilfe Körperbehinderter
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, ich bin 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 v. 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):

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

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):

- Ordentliches Einzelmitglied Euro 38,--

- Haushaltsbeitragssatz
(mit nur einem Exemplar Leben und Weg) Euro 50,--

- EmpfängerInnen von Hilfe zum Lebensunterhalt / Hartz IV
und HeimbewohnerInnen, die nur über Taschengeld verfügen Euro 12,--