



Autismuszentrum Vogtland e. V.
Breitscheidstr. 33
08209 Auerbach

Antrag auf Mitgliedschaft im Autismuszentrum Vogtland e. V.

Regionalverband zur Unterstützung autistischer Menschen und deren Angehöriger

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Mitgliedschaft in unserem Verein.

Mit Ihrer Mitgliedschaft unterstützen Sie unsere Arbeit und tragen dazu bei, dass wir weiterhin Angebote, Informationsveranstaltungen und Freizeitangebote für Menschen mit Autismus und ihren Angehörigen ermöglichen können. Aber nicht nur das: Sie profitieren auch gleichzeitig von verschiedenen Möglichkeiten der Begegnung und Mitgestaltung des Vereins.

Als Mitglied erhalten Sie:

- Vergünstigte Teilnahme an Weiterbildungsangeboten
- Teilnahme am jährlichen Vereinstreffen
- Mitbestimmung bei Mitgliederversammlungen
- Sie erhalten Informationen über den Verein und seinen Aktivitäten
- Zweimal jährlich die Vereinszeitschrift „autismus“ des Bundesverbandes für Autismus

Bitte füllen Sie **auf der folgenden Seite** Ihre persönlichen Angaben aus und wählen Sie die gewünschte Form der Mitgliedschaft. →

Autismuszentrum Vogtland e. V.
Breitscheidstraße 33
08209 Auerbach/Vogtl.
Tel.: 03744 4399-550

www.autismus-vogtland.de

Geschäftsführende Vorstände:
Melissa Morgenstern & Susann Kluger

Aufsichtsratsvorsitzender:
Matthias Raedel

Sparkasse Vogtland
IBAN: DE83 8705 8000 3553 0058 90
BIC-/SWIFT-Code: WELADED1PLX

Vereinsregister Chemnitz VR31024
Steuernr.: 223/143/08380

1. Persönliche Angaben

Vorname:

Nachname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Zusendung von Informationen per: Brief E-Mail gewünscht.

2. Art der Mitgliedschaft

Bitte wählen Sie die gewünschte Mitgliedschaft:

Einzelmitgliedschaft – 40,00 pro Jahr

Partnermitgliedschaft – 60,00 pro Jahr

→ Name und Vorname der zweiten Person:

Um zukünftige Unannehmlichkeiten zu vermeiden und die Beitragszahlung für beide Seiten so einfach und angenehm wie möglich zu gestalten, fügen wir das SEPA-Basislastschriftmandat direkt bei.

3. Bezug zum Thema Autismus

Diese Angabe hilft uns dabei, unsere Vereinsarbeit und Angebote besser auf die Bedürfnisse unserer Mitglieder auszurichten.

Ich bin selbst betroffen.

Ich wünsche eine Einladung zur Selbsthilfegruppe für Erwachsene „Autiversity“.

Ich bin Angehörige*r von Menschen im Autismus-Spektrum.

Ich wünsche eine Einladung zur Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen im Autismus-Spektrum.

Ich arbeite bzw. engagiere mich im Bereich Autismus.

Ich interessiere mich für das Thema.

Die Angabe ist freiwillig.

4. Einverständnis und Mitgliedschaft

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Aufnahme als Vereinsmitglied/er. Ich erkenne die geltende Satzung des Vereins an und erkläre mich bereit, den für meine Mitgliedschaft geltenden Jahresbeitrag zu entrichten. Für die Vereinszeitschrift „autismus“ des Bundesverbandes entstehen mir keine weiteren Kosten. Die von Ihnen angegebenen personenbezogenen Daten werden zur Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft bei uns gespeichert und, soweit erforderlich, an unseren Bundesverband als Dachverband weitergegeben. Ihre Anschrift und E-Mail-Adresse benötigen wir insbesondere für die Mitgliederverwaltung und Buchhaltung sowie zur Zusendung von Benachrichtigungen, Informationen und Einladungen. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Ort, Datum und Unterschrift

Autismuszentrum Vogtland e. V.
Breitscheidstraße 33
08209 Auerbach/Vogtl.
Tel.: 03744 4399-550

www.autismus-vogtland.de

Geschäftsführende Vorstände:
Melissa Morgenstern & Susann Kluger

Aufsichtsratsvorsitzender:
Matthias Raedel

Sparkasse Vogtland
IBAN: DE83 8705 8000 3553 0058 90
BIC-/SWIFT-Code: WELADED1PLX

Vereinsregister Chemnitz VR31024
Steuernr.: 223/143/08380

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://www.autismus-vogtland.de/datenschutz>



SEPA-Basislastschriftmandat

Autismuszentrum Vogtland e. V.
Breitscheidstr. 33
08209 Auerbach

Ich/Wir ermächtige(n) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00002498427

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Zahlungsintervall: einmalige Zahlung oder | wiederkehrende Zahlung

*Vorname und Name (Kontoinhaber*in)*

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land des Zahlungspflichtigen

Name des Kreditinstituts

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift

Autismuszentrum Vogtland e. V.
Breitscheidstraße 33
08209 Auerbach/Vogtl.
Tel.: 03744 4399-550

www.autismus-vogtland.de

Geschäftsführende Vorstände:
Melissa Morgenstern & Susann Kluger

Aufsichtsratsvorsitzender:
Matthias Raedel

Sparkasse Vogtland
IBAN: DE83 8705 8000 3553 0058 90
BIC-/SWIFT-Code: WELADED1PLX

Vereinsregister Chemnitz VR31024
Steuernr.: 223/143/08380