



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

**Name** : \_\_\_\_\_

**Vorname** : \_\_\_\_\_

**Strasse, Nr.** : \_\_\_\_\_

**PLZ, Wohnort** : \_\_\_\_\_

**Telefon** : \_\_\_\_\_

die Aufnahme in den Allgemeinen Behindertenverband in Deutschland e.V. als

**Mitglied** :  35,- € jährlicher Beitrag

**Fördermitglied** :  \_\_,- € jährlicher Beitrag (36,- € Mindestbeitrag)

Hiermit ermächtige ich den ABiD e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Girokonto

**monatlich** :  **vierteljährlich** :

**halbjährlich** :  **jährlich** :

**Geldinstitut** : \_\_\_\_\_

**Kontonummer** : \_\_\_\_\_

**Bankleitzahl** : \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

**Datum** : \_\_\_\_\_ **Unterschrift** : \_\_\_\_\_