

Empfänger:

Roswitha Kronawitter
Selbsthilfegruppe für behinderte und chronisch kranke Kinder und Jugendliche,
SHG Passau e.V.
94130 Oberzell, Klangweg 2, <mailto:info@shg-passau.de>

Beitrittserklärung

Ich/Wir beantrage(n) die Mitgliedschaft als (bitte ankreuzen)

- Familie mit behindertem Kind
 Fördermitglied

Angaben zum Antragsteller

Name: _____
Vorname: _____
Vorname Ehepartner: _____
PLZ: _____
Wohnort: _____
Straße: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Angaben zum behinderten Kind

Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Geschlecht: _____
Art der Behinderung: _____

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich von dem angegebenen Konto abgebucht. Für betroffene Familien beträgt der Mitgliedsbeitrag 15 € je Kalenderjahr. Für Fördermitglieder beträgt der Mitgliedsbeitrag mindestens 15 € je Kalenderjahr.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein grundsätzliches Einverständnis zur Veröffentlichung von Fotos und Videoaufnahmen auf der Homepage der SHG, die im Rahmen der Veranstaltungen der SHG von mir und meinem behinderten Kind gemacht werden. Sollte ich die Fertigung von Lichtbildern und Videoaufzeichnungen nicht (mehr) wünschen, werde ich dies dem Vorstand mitteilen.

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Selbsthilfegruppe für behinderte und chronische kranke Kinder und Jugendliche e.V. ab bis auf Widerruf den Jahresbeitrag in Höhe von € von meinem Konto einzuziehen..

Kontoinhaber: _____
Geldinstitut: _____
BLZ: _____
Kontonummer: _____

Datum:

Unterschrift: