

Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Verein „Leben mit Schädelhirntrauma e.V.

Breite Straße 12b, 28757 Bremen

Tel: 0421/67362244

E-Mail: kontakt@leben-mit-sht.de

Fax: 0421/ 84788021

Web: www.leben-mit-sht.de



als Mitglied als Fördermitglied bei und unterstütze die in der Satzung festgelegten Zwecke und Ziele des Vereins.

Name: _____ **Vorname:** _____
Geb.-Datum: _____ **Straße:** _____
PLZ: _____ **Ort:** _____
Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- Mitgliedsbeitrag für persönliche oder Fördermitglieder 60 € pro Jahr
- Mitgliedsbeitrag für ermäßigte Mitglieder (Studierende, Rentner, Erwerbslose, Referendare, Auszubildende, Schwerbehinderte) -Nachweis erforderlich- 30 € pro Jahr
- Mitgliedsbeitrag für Betroffene mit der Diagnose Schädelhirntrauma 0 € pro Jahr
- Mitgliedsbeitrag gewerbliche Mitglieder (Einrichtungen, Kliniken, Institutionen, Praxen, Firmen u.Ä.) 120 € pro Jahr
- Freiwillig höherer Betrag (kann jederzeit widerrufen werden) ___ € pro Jahr
- Ich wünsche jeweils eine Bescheinigung für meine Steuererklärung ja nein

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE 90 SHT 0000 2113 143

Hiermit ermächtige (n) ich/wir den Verein „Leben mit Schädelhirntrauma e.V.“ widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag (Jahresbeitrag), bei Fälligkeit durch Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

Kreditinstitut: _____ BIC: _____
IBAN: _____
Kontoinhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers