

# Beitrittserklärung

(Bitte in Blockschrift ausfüllen !)



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_

**Ich erkläre hiermit meinen Beitritt in den  
Spastikerhilfe Berlin e.V. zum \_\_\_\_\_**  
(Beginn der Mitgliedschaft)

Verein zur Förderung und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen  
mit Körper- und Mehrfachbehinderung

Spastikerhilfe Berlin e.V.  
Geschäftsstelle  
Schlangenbader Str. 18  
14197 Berlin

Telefon: 030-25 93 75 60  
Telefax: 030-25 93 75 61

e-mail:  
[verein@spastikerhilfe.de](mailto:verein@spastikerhilfe.de)

Internet:  
[www.spastikerhilfe.de](http://www.spastikerhilfe.de)

**Der Jahresbeitrag / anteilige Jahresbeitrag für das laufende Jahr  
in Höhe von \_\_\_\_\_ €**

72,00 EURO (36,00 EURO für Schüler, Studenten, Rentner,  
Auszubildende, Arbeitslose, Schwerbehinderte und Sozialhilfeempfänger, nur mit Nachweis)

Zutreffendes bitte ankreuzen !

- soll durch jederzeit widerrufbare Einzugsermächtigung / SEPA-  
Lastschriftmandat von meinem / unserem Konto eingezogen  
werden.  
Dazu füllen Sie bitte das Formular „Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-  
Lastschriftsmandats“ aus.
- wird von mir auf das Konto der Bank für Sozialwirtschaft Berlin  
Kontonummer 33 73 700, BLZ 100 205 00 /  
IBAN: DE 55 100 205 00 000 33 73 700, BIC: BFSWDE33BER,  
überwiesen.

Name körper- und mehrfachbehinderter Angehöriger oder Bekannter:

Besondere Interessen:

Ich bin auf den Spastikerhilfe Berlin e.V. aufmerksam geworden durch:

Datum

Unterschrift

Mitgliedsbeiträge und Spenden an den Spastikerhilfe Berlin e.V. sind steuerlich abzugsfähig.



Spastikerhilfe Berlin e.V., Schlangenbader Str. 18, 14197 Berlin

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE87ZZZ00000785558**

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines  
SEPA-Lastschriftmandats**

als Bestandteil der Beitrittserklärung vom .....

.....  
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Spastikerhilfe Berlin e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Spastikerhilfe Berlin e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Spastikerhilfe Berlin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

..... BIC: \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

.....  
Ort, Datum / Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der Spastikerhilfe Berlin e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.