

# Mitgliedsantrag

## Elternzentrum Berlin e.V.



Elternzentrum Berlin e.V.  
Autismus - Spektrum

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Elternzentrum Berlin e.V.**  
Ich erkenne die **Satzung** des **Elternzentrum Berlin e.V.** an.  
([www.elternzentrum-berlin.de/eltern-zentrum-berlin/satzung](http://www.elternzentrum-berlin.de/eltern-zentrum-berlin/satzung))

### Personendaten

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
 Betroffene/r     Fachkraft     Sonstiges  
 Angehörige/r    Name und Geburtsdatum meines Kindes \_\_\_\_\_

### Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit **25,00 € pro Kalenderjahr** (Stand 02/2017) ist gemäß Satzung bis spätestens 31. März des jeweils laufenden Jahres zu entrichten.

Zahlungsweise     Bar  
                           Überweisung - *wir empfehlen die Einrichtung eines Dauerauftrags*  
Empfänger:        Elternzentrum Berlin e.V.  
Bank:                Deutsche Kreditbank Berlin  
IBAN:                DE37 1203 0000 1020 0045 19

Mit dieser Erklärung trete ich dem **Elternzentrum Berlin e.V.** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem **Elternzentrum Berlin e.V.** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann unter Einhaltung einer einmonatigen Frist gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beiträgen ist nicht möglich. Der Vorstand des **Elternzentrum Berlin e.V.** behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Bei Minderjährigkeit / gesetzl. Betreuung: Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

### Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass oben genannte Personendaten zu Verwaltungszwecken gespeichert und verarbeitet werden. Es erfolgt keine Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Bei Minderjährigkeit / gesetzl. Betreuung: Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Elternzentrum Berlin e.V.

✉ c/o Kablower Weg 57a  
12526 Berlin  
🌐 <http://www.elternzentrum-berlin.de>  
info@elternzentrum-berlin.de

Amtsgericht Berlin Charlottenburg VR 28434  
Steuernummer 27 / 664 / 53144

Konto: Empfänger Elternzentrum Berlin e.V.  
Bank Deutsche Kreditbank Berlin  
IBAN DE37 1203 0000 1020 0045 19  
BIC/SWIFT BYLADEM1001