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)

Personendaten

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Eintrittsdatum: .....

☐ Angehörige/r ☐ Betroffene/r ☐ Fachkraft ☐ Sonstiges .....

Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit **25,00 € pro Kalenderjahr** (Stand 02/2022) ist gemäß Satzung bis spätestens 31. März des jeweils laufenden Jahres zu entrichten.
Die Mitgliedschaft tritt erst nach Eingang des ersten Mitgliedsbeitrages in Kraft.

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)