Absender
Vorname, Name:

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl, Ort:

Telefon, Email:

An den Vorstand von
Selbstbestimmt Leben e.V.
Ostertorsteinweg 98
28203 Bremen

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied bei SelbstBestimmtLeben e.V. werden, und zwar

- ☐ **Vollmitglied** (mit aktivem und passivem Stimm- und Wahlrecht)
  Mir ist bekannt, dass bei SelbstBestimmt Leben nur behinderte Menschen Vollmitglied werden können.
- ☐ **Fördermitglied** (mit beratender Stimme).

Ich zahle einen jährlichen/monatlichen Mitgliedsbeitrag von ..... Euro.

Der Mindestbeitrag beträgt derzeit 80,00 Euro im Jahr.
Beitragsermäßigungen sind auf Antrag möglich.

- ☐ Ich zahle meinen Mitgliedsbeitrag per Dauerauftrag/Überweisung.
  Die Kontoverbindung wird mir rechtzeitig mitgeteilt.
- ☐ Bitte buchen Sie meinen Mitgliedsbeitrag von dem untenstehenden Konto ab.
  Das dazu erforderliche SEPA-Lastschriftmandat ist beigefügt, siehe unten.
  Gewünschter Abbuchungsrhythmus: ☐ jährlich / ☐ halbjährlich.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (nur bei Beitragszahlung per Lastschrifteinzug)

Hiermit ermächtige ich **SelbstBestimmt Leben e.V. (Gläubigeridentifikationsnummer DE89ZZZ00000587351)** Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von **SelbstBestimmt Leben e.V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz und die Abbuchungstermine werden mir von **SelbstBestimmt Leben e.V.** rechtzeitig mitgeteilt.
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.
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Name (Kontoinhaberin):

Anschrift (falls von oben abweichend):

Name und Sitz des Kreditinstituts:

IBAN: |_|_|_|