



## A U F N A H M E A N T R A G

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein „Autismus Bremen e.V.“ als

- Elternteil eines autistischen Kindes
- an der Zielsetzung des Vereins interessiertes Mitglied
- Einzelmitgliedschaft (€ 45,00/Jahr)
- Doppelmitgliedschaft (€ 60,00/Jahr)

**Name/Vorname:** .....

**Straße und PLZ+Ort:** .....

**Telefon:** .....

**E-Mail:** .....

- Ja, ich/wir möchte(n) den Newsletter von Autismus Bremen e.V. per E-Mail erhalten. Bitte ankreuzen, wenn Sie auf die postalische Zusendung verzichten möchten. Dies spart Druckkosten und schont die Umwelt.)

Mein/unser autistisches Kind heißt: .....

Geburtsdatum: .....

Die Diagnose AUTISMUS wurde gestellt durch: .....

(Name des Arztes /der Klinik /des Instituts)

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift(en))

- Ich/wir möchte(n) den Mitgliedsbeitrag überweisen und erhalte jährlich eine Rechnung.

- Ich/wir möchte(n) den Mitgliedsbeitrag per Lastschrift vom folgenden Konto einziehen lassen:

**Kontoinhaber/Kontoinhaberin:** .....

**IBAN:** ..... **BIC:** .....

**Bankname:** .....

(Hierfür erhalte(n) ich/wir in Kürze ein SEPA-Basislastschriftmandatsformular, welches ich/wir ausgefüllt und unterschrieben zurück schicke(n).)