

# Beitrittserklärung

(Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand – laut Satzung § 4 (2))

## Hilfe für das behinderte Kind Coburg e. V.

Elsässer Straße 9, 96450 Coburg  
Telefon 09561-23 720-0 Fax 09561-23 720-89  
www.behindertenhilfe-coburg.de  
E-Mail: [verein@behindertenhilfe-coburg.de](mailto:verein@behindertenhilfe-coburg.de)



Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Beruf	_____
Straße	_____	Hausnummer	_____
PLZ	_____	Wohnort	_____
Telefon	_____	E-Mail	_____

Ich bin bereit, einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jährlich zu zahlen.  
(mindestens 24 € jährlich)

### Bitte füllen Sie auch die Einzugsermächtigung auf der folgenden Seite aus!

Datum	_____	Unterschrift	_____
Datum	_____	Unterschrift	_____

(Bei Jugendlichen unter 18 Jahren bitte auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters zum Vereinseintritt)

- 
- Ich habe eine Behinderung  
 Ich habe ein Familienmitglied mit Behinderung

Name des Familienmitglieds	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		

- Ich bin Förderer  
 Ich bin Mitarbeiter

Ich nutze folgende Angebote des Vereins und seiner gemeinnützigen Einrichtungen:  
(zutreffendes bitte unterstreichen)

Frühförderung, Sozialpädiatrisches Zentrum, Inklusive Kita, SvE, Schule am Hofgarten, Mauritiusschule, Internat, Epilepsieberatungsstelle, Sozialrechtsberatung für Menschen mit Behinderungen, Assistenz- und Pflegedienst, Kinderintensivdienst KID „Herzenskind“, Hilfen zur Erziehung, Familienentlastender Dienst, Coburger Wohnnest

Die Mitgliedschaft wurde mir empfohlen von \_\_\_\_\_

Bankverbindung des Vereins Hilfe für das behinderte Kind Coburg e.V.:  
Sparkasse Coburg-Lichtenfels  
IBAN: DE35 7835 0000 0092 0096 61  
BIC: BYLADEM1 COB

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE82 ZZZ0 0000 1190 64

**Zahlungsempfänger:**

Hilfe für das behinderte Kind Coburg e. V.  
Elsässer Straße 9, 96450 Coburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE82 ZZZO 0000 1190 64

**Erteilung einer Einzugsermächtigung per SEPA-Lastschriftmandat**

**Mandatsreferenz:**

Die Erstvergabe der Mandatsreferenz erfolgt bei Neuanmeldung und erscheint im Lastschrifttext.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den Verein Hilfe für das behinderte Kind Coburg e. V. Zahlungen bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Hilfe für das behinderte Kind Coburg 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

**Einzuziehender Betrag** \_\_\_\_\_ EURO  jährlich  
 monatlich

**Daten des Kontoinhabers:**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

**IBAN des Kontoinhabers:**

D	E																			
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen.

**BIC des Kreditinstituts:**

				D	E								
--	--	--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte Ihrem Kontoauszug entnehmen

**Kreditinstitut:**

\_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

\_\_\_\_\_

**Ankündigung des Einzugs durch den Zahlungsempfänger (Name siehe oben):**

Bei jährlicher Widerkehr erfolgt der Einzug jeweils am ersten Werktag im März.  
Falls Sie nach März dem Verein beitreten, erfolgt der erste Einzug zum nächsten Monatsende nach der Anmeldung und in allen Folgejahren dann jeweils am ersten Werktag im März.  
Bei monatlicher Widerkehr erfolgt der Einzug jeweils am letzten Werktag im Monat.