

**Ich bitte um Aufnahme als Mitglied bei Barrierefrei Schwäbisch Hall e.V.**

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

- Einzelmitgliedschaft (12,00 Euro pro Jahr)
- Familienmitgliedschaft (20,00 Euro pro Jahr)  
*Bitte den Partner mit angeben!!!*
- Vereinsmitgliedschaft (40,00 Euro pro Jahr)
- Fördermitglied \_\_\_\_\_,00€ (mind. 24,00 Euro pro Jahr)

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige hiermit den Verein Barrierefrei Schwäbisch Hall e.V.,  
(wie in der öffentlichen Mitgliederversammlung festgelegt,) bis auf Widerruf,  
den oben genannten Betrag jährlich von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl/ BIC: \_\_\_\_\_

*bitte ab sofort BIC angeben. Beispiel BIC:GENODES1SHA steht auf dem Kontoauszug*

Kontonummer/ IBAN: \_\_\_\_\_

*bitte ab sofort IBAN Nummer angeben (siehe Kontonummer auf Auszügen)*

*Beispiel IBAN: DE54622901100135083001*

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Unterschrift des  
Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeleitet.  
Die abgegebene Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich beim Verein widerrufen werden.