



An den  
Allgemeinen Behindertenverband  
Land Brandenburg e.V. (ABB e.V.)  
Gutenbergstraße 15

14467 Potsdam

## Beitrittserklärung für Einzelmitglieder:

Name, Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

Ich/Wir erkenne/n die Satzung des ABB e.V. (<http://abbev.de/cms-landesverband/satzung/satzung.html>) an und erkläre/n hiermit den Beitritt zum

**Allgemeinen Behindertenverband Land Brandenburg e.V. (ABB e.V.)**  
als

Einzelmitglied ab: ..... monatlicher Beitrag: 5,00 €

Fördermitglied ab: ..... Förderbeitrag (ab 100 € jährlich): ..... €  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum: .....

Unterschrift: .....

Bis auf Widerruf (3monatige Frist zum nachfolgenden Quartalsende) erteile ich hiermit die Einzugserlaubnis zur Abbuchung der Beiträge:

Ich/wir zahle/n:  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

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

kontoführendes Geldinstitut: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....