



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

Konto-Nr.: BLZ:

kontoführendes Geldinstitut:

Datum:

Unterschrift: