

An die  
Freunde der Kasseler Stottertherapie e. V.

Heinrich Frankenbach  
Postfach 1909  
55009 Mainz

**Fax 0 64 08 92 23 5 oder per E-Mail an heinrich@freunde-der-kst.de**

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein der "Freunde der Kasseler Stottertherapie e.V." zum u.a. Datum und erkenne dessen Satzung (Amtsgericht Kassel 850VR 3149) an.

.....  
Name Vorname

.....  
Geburtsdatum Geburtsort

.....  
PLZ Wohnort Straße/Hausnummer

.....  
Telefon Email

Sollte sich an den persönlichen Daten etwas ändern, bitten wir um Mitteilung der geänderten Daten.

### Der Mitgliedsbeitrag beträgt 40,00 EURO pro Kalenderjahr.

Für Minderjährige unter 18 Jahren, Schüler, Studenten, Auszubildende, BFD, FSJ, Arbeitslose und Rentner beträgt der Mitgliedsbeitrag auf Nachweis der Beitragsermäßigung (Kopie des jew. gültigen Ausweises genügt) 20,00 EURO pro Kalenderjahr. Die Beitragsabbuchung erfolgt jährlich.

Der Austritt kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Schluss eines Quartals erklärt werden. Das Datum des Poststempels entscheidet.

.....  
Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers

Bei Minderjährigen (unter 18 Jahren) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: .....

### Bestätigung zum Lastschriftverfahren

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir zu zahlenden Beiträge für meine Mitgliedschaft im Verein der "Freunde der Kasseler Stottertherapie e.V." von meinem unten aufgeführten Konto bei Fälligkeit per Lastschrift eingezogen werden.

Kontoinhaber : .....

Bank: .....

Konto Nr.: .....

Bankleitzahl: .....

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben elektronisch gespeichert und für Vereinszwecke maschinell ausgewertet werden dürfen.

.....  
Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers

Bei Minderjährigen (unter 18 Jahren) Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: .....