

Verein zur Unterstützung behinderter Menschen zum Erreichen oder Erhalt der individuellen Mobilität

Sitz des Vereins
76751 Jockgrim/Pfalz · Orchideenstraße 9

info@mobil-mit-behinderung.de
www.mobil-mit-behinderung.de



MMB
Mobil mit Behinderung e.V.

Mobil mit Behinderung e. V.
Herrn Helmut Rebmann
An der Ballingsmühle 3

97616 Bad Neustadt

Bitte senden Sie diesen Antrag
ausgefüllt und unterschrieben an
nebenstehende Adresse oder faxen
Sie an 07271-9085006.

Auskünfte und weitere
Informationen erhalten Sie auch
unter Telefon 07271-9085000.

für Eingangsvermerke des MMB

Mitgliedsantrag

Persönliche Angaben (Bitte in Druckbuchstaben schreiben. Mit * gekennzeichnete Felder auf jeden Fall ausfüllen!)

<input type="text"/>		<input type="text"/>		Anrede*		
Name (bei Familienmitgliedschaften Rückseite mitbenutzen)*		Vorname*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Herr	Frau	Divers
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
PLZ*	Ort*	In welchem Bundesland wohnhaft*				
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Straße und Hausnummer*		Geburtsdatum*		Familienstand		

Erreichbarkeit

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon privat*	Telefon geschäftlich	Mobil*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fax privat	E-Mail*	

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im **MMB e.V.** zum *Monat** *Jahr**

als Mitglied (Beitrag 42 €) Fördermitglied (Beitrag 100 €)
 Ich möchte den Jahresbeitrag freiwillig erhöhen auf €

Der Beitrag ist bei Eintritt und danach jeweils Anfang März für das Kalenderjahr im Voraus fällig.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum*	Unterschrift ¹⁾

Hiermit erteile ich dem MMB e.V. den Auftrag den Beitrag von meinem Konto abzubuchen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IBAN	BIC	

Ich kann/ Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das SEPA-Lastschriftmandat erlischt mit dem Tage meines Austritts aus dem Verein, bzw. kann von mir jederzeit ohne Nennung von Gründen schriftlich widerrufen werden.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum*	Unterschrift ¹⁾

¹⁾Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins und die Beitragsordnung an. Die Mitgliedschaft beträgt mindestens ein volles Kalenderjahr. Die Kündigung ist jederzeit möglich und tritt nach Ablauf des Kalenderjahres in Kraft. Ich bin damit einverstanden, dass im Zusammenhang mit der beantragten Vereinsmitgliedschaft meine persönlichen Daten zur Mitgliederverwaltung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Für den Fall, dass ich selbst oder eine durch mich vertretene Person eine Beratung benötigt, bin ich damit einverstanden, dass die betreffenden Daten ebenso elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Datenspeicherung und -verwendung geschieht gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Wer ist behindert? Angaben zu Behinderung / Krankheit

- Antragsteller/in
 Rollstuhl Grad der Behinderung: Merkzeichen: Pflegegrad angeben:
 Multiple Sklerose Muskeldystrophie Para-/Tetraplegiker Spastiker
 Kleinwüchsigkeit Muskelatrophie Gelenkserkrankungen Blind
 Weitere Diagnose (Bitte beschreiben)

Weitere Familienangehörige mit Behinderung

- Sohn Tochter (Ehe-)Partner/in andere/r Familienangehörige/r
 Name: Geburtsdatum:
 Rollstuhl Grad der Behinderung: Merkzeichen: Pflegegrad angeben:
 Multiple Sklerose Muskeldystrophie Para-/Tetraplegiker Spastiker
 Kleinwüchsigkeit Muskelatrophie Gelenkserkrankungen Blind
 Weitere Diagnose (Bitte beschreiben)

- Sohn Tochter (Ehe-)Partner/in andere/r Familienangehörige/r
 Name: Geburtsdatum:
 Rollstuhl Grad der Behinderung: Merkzeichen: Pflegegrad angeben:
 Multiple Sklerose Muskeldystrophie Para-/Tetraplegiker Spastiker
 Kleinwüchsigkeit Muskelatrophie Gelenkserkrankungen Blind
 Weitere Diagnose (Bitte beschreiben)

- Sohn Tochter (Ehe-)Partner/in andere/r Familienangehörige/r
 Name: Geburtsdatum:
 Rollstuhl Grad der Behinderung: Merkzeichen: Pflegegrad angeben:
 Multiple Sklerose Muskeldystrophie Para-/Tetraplegiker Spastiker
 Kleinwüchsigkeit Muskelatrophie Gelenkserkrankungen Blind
 Weitere Diagnose (Bitte beschreiben)

Weitere persönliche Angaben

- Ich möchte automatisch weitere Vereinsinformationen erhalten.
 Ich möchte in die Mailingliste „Rolli-Net(t)“ eingetragen werden.

Ich erwarte vom MMB:

Ich wurde auf den MMB aufmerksam durch:

Bitte weitere nichtbehinderte Haushaltsmitglieder eintragen (kostenlose Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Eingangsvermerke MMB

Spenden:
 Bank: VR-Bank Südpfalz
 IBAN: DE27 5486 2500 0207 1385 80
 BIC: GENODE61SUW
Konto für Mitgliedsbeitrag:
 BANK: VR-Bank Südpfalz
 IBAN: DE36 5486 2500 0007 1385
 80 BIC: GENODE61SUW

Geben Sie Hilfe zur Mithilfe!