

So werden Sie Mitglied

Schicken Sie das Formular an uns, den Berliner Behindertenverband e. V. oder schicken Sie die Angaben per E-Mail an bbev.b@berlin.de

Name / Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Beginn der Mitgliedschaft

.....

Mitgliedsart (Bitte ankreuzen)

A. Mitglied

4,00 EUR monatlicher Mitgliedsbeitrag
zzgl. 4,00 EUR einmalige Aufnahmegebühr

B. Fördermitglied

7,50 EUR monatlicher Mitgliedsbeitrag
zzgl. 7.50 EUR einmalige Aufnahmegebühr

Unterschrift

.....

Hiermit ermächtige ich den BBV widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen (monatliche Mitgliedsbeiträge / einmalige Aufnahmegebühr) bei Fälligkeit von meinem Girokonto durch Lastschrift einzuziehen.

Zahlung vierteljährlich*

Zahlung halbjährlich*

Zahlung jährlich*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

Geldinstitut:

Konto-Nr.:

Datum:

Bankleitzahl:

Unterschrift: