



**FortSchrift Verein zur Verbreitung  
der Konduktiven Förderung e.V.**

Ferdinand-von-Miller-Str. 14

82343 Niederpöcking

Tel.: +49 (0)8151 91 69 49 35

Fax: +49 (0)8151 91 69 49 8

E-Mail: [verein@fortschritt-bayern.de](mailto:verein@fortschritt-bayern.de)

## Beitrittserklärung für FortSchrift e.V.

Name\* \_\_\_\_\_ Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer\* \_\_\_\_\_

PLZ\* \_\_\_\_\_ Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon (\*) \_\_\_\_\_ Telefax (\*) \_\_\_\_\_

Mobil (\*) \_\_\_\_\_ E-Mail (\*) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_ \*Pflichtfelder (\*)Bitte mind. ein Feld ausfüllen

Mir ist bekannt, dass meine Daten auf der FortSchrift internen Datenbank gespeichert werden. Diese Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Ich habe das Recht auf Einsicht, Änderung und Löschung meiner Daten.

FortSchrift darf mich über folgende Wege kontaktieren:

E-Mail:	( ) Ja	( ) Nein
Telefon/Mobil:	( ) Ja	( ) Nein
Brief:	( ) Ja	( ) Nein
Fax:	( ) Ja	( ) Nein

Ich habe ein betroffenes Kind.  
Name und Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_\_

Ich bin selbst Betroffene/r.

Diagnose \_\_\_\_\_

### Höhe des Jahresbeitrages:

30,00 EUR/Jahr (Mindestbeitrag) \_\_\_\_\_ EUR/Jahr freiwilliger höherer Beitrag

10,00 EUR/Jahr (Familienmitglied) Name Hauptmitglied: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Es gilt die Satzung von FortSchrift e.V. in ihrer jeweils aktuellen Form.  
Die aktuelle Satzung ist auf der Homepage unter [www.fortschrift-bayern.de](http://www.fortschrift-bayern.de) zu finden.  
Eine Kündigung ist nur schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende möglich.

### **SEPA-Lastschriftmandat zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags**

BIC \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Ich ermächtige FortSchrift e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die von FortSchrift e.V. (Gläubiger-ID DE61ZZZ00000506666) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der Beitrags-einzug erfolgt jährlich im ersten Halbjahr des Jahres.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_