

# Meine Mitgliedserklärung

**Ja**, ich will als Mitglied des Club Aktiv e.V. das gemeinsame Engagement für Menschen mit Behinderungen unterstützen.

**Als Direktmitglied** (ordentliches Mitglied)       **Als Fördermitglied** (stilles Mitglied)

\_\_\_\_\_  
Vor-/Nachname

\_\_\_\_\_  
Unternehmen/Organisation

\_\_\_\_\_  
Straße/Haus-Nr.      PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail      Fax

**Behinderung/chronische Erkrankung**       ja, selbst       nein       Angehöriger mit Behinderung

**Zusendung kostenlose Clubzeitschrift** (4x pro Jahr)       ja, per Post       ja, per Mail       nein, danke

**Ich wähle folgenden monatlichen Mitglieds-Mindestbeitrag:**

Für Direktmitglieder	Für Fördermitglieder
<input type="checkbox"/> Einzelmitglied ..... <b>3,00 Euro mtl.</b>	<input type="checkbox"/> Förderbeitrag für Privatpersonen <b>10,00 Euro monatlich</b>
<input type="checkbox"/> Paar ..... <b>4,00 Euro mtl.</b>	<input type="checkbox"/> Förderbeitrag für Unternehmen/Organisationen <b>25,00 Euro monatlich</b>
<input type="checkbox"/> Familie ..... <b>5,00 Euro mtl.</b>	<input type="checkbox"/> Ich wähle einen freiwillig höheren Mitgliedsbeitrag in Höhe von <input type="text"/> <b>Euro mtl.</b>
<input type="checkbox"/> Vereine ..... <b>8,00 Euro mtl.</b>	
<input type="checkbox"/> Organisationen/Unternehmen ..... <b>12,00 Euro mtl.</b>	

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum      **X** \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift      **Mitgliedsantrag**

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Bank	Kto.-Nr. bzw. IBAN
BLZ	(oder) SWIFT/BIC

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von meinem/unserem Konto ab dem Folgemonat des Mitgliedsantrags bis auf Widerruf abgebucht wird.

**X** \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift      **Einzugsermächtigung**

**Vielen Dank! Bitte mit Unterschriften senden an:** Post Club Aktiv e.V. | z.Hd. Geschäftsführung | Schützenstraße 20 | 54295 Trier  
Fax 06 51 / 9 78 59-26 | Mail info@clubaktiv.de