

Ich/Wir beantrage/n die Aufnahme als Mitglied/er in den Verein
„Landesverband Autismus und Neurodivergenz Sachsen e.V.“
mit Beginn der Mitgliedschaft zum _____ (Datum)

Art der Mitgliedschaft:

Einzelmitglied – Beitragshöhe: 36 Euro/ Jahr (3 Euro/ Monat)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Familie/ Paar – Beitragshöhe: 60 Euro/ Jahr (5 Euro/ Monat)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

**) ggf. auf Rückseite fortsetzen*

Organisation – Beitragshöhe: 120 Euro/ Jahr (10 Euro/ Monat)

Name der Organisation: _____

Registernummer (falls vorhanden): _____

Weitere notwendige Angaben:

Straße: _____

Hausnr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Satzung und
Beitragsordnung des Vereins in der gültigen Fassung (29.11.2025).

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

**) Bei Minderjährigen:*

Ort, Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/r _____

Beiträge sind in voller Höhe einmal jährlich bis zum 31.03. oder 4 Wochen nach Eintritt in den Verein fällig. Bitte verwenden Sie zur Zahlung Ihre Mitgliedsnummer, welche wir Ihnen nach Zugang Ihres Antrags vergeben.