



**für Menschen mit  
schweren Hirnschädigungen  
im Pflegeteam Odenwald e.V.**

Bitte zurückfaxen oder zurücksenden an:

Förderverein Dornröschen  
Lotzenweg 38

69483 Wald-Michelbach

**Geschäftsstelle:**

Lotzenweg 38  
69483 Wald-Michelbach  
Fon: 0 62 07 – 94 21 0  
Fax: 0 62 07 – 94 21 11  
www.foerderverein-dornroeschen.de  
kontakt@foerderverein-dornroeschen.de

### Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft beim Verein „Dornröschen - Förderverein für Menschen mit schweren Hirnschädigungen im Pflegeteam Odenwald e.V.“ als *(bitte ankreuzen)*

- ordentliches (aktives) Mitglied, Jahresmindestbeitrag 24,00 €
- Fördermitglied (natürliche Person), Jahresmindestbeitrag 36,00 €
- Fördermitglied (juristische Person), Jahresmindestbeitrag 120,00 €

Zusätzlich leiste ich bis auf weiteres einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ €

Gleichzeitig ermächtige ich „Dornröschen – Förderverein für Menschen mit schweren Hirnschädigungen im Pflegeteam Odenwald e. V.“, den zu zahlenden Betrag zum Fälligkeitstermin von meinem Konto:

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

abzubuchen.

- Von der Satzung des Fördervereins und der Beitragssatzung habe ich Kenntnis genommen *(bitte ankreuzen)*.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vorsitzender**  
Helge Schneider

**Kassenwartin**  
Brigitte Löwer

**Schriftführerin**  
Svenke Müller

**Beisitzerin**  
Michaela Strohmeier

**Beisitzer**  
Thomas Papke

**Bank:** SPK Starkenburg BLZ 509 514 69 Kto. 1 06 35 10

Amtsgericht Darmstadt, VR 82926