

**WOLLEN SIE MITGLIED  
DES BEHINDERTENVERBAND  
DESSAU E.V. WERDEN?**

Dann füllen Sie das Formular aus und  
senden es an unsere Postanschrift.

Behindertenverband Dessau e.V.  
Radegaster Straße 1  
06842 Dessau-Roßlau



**Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied des Behindertenverband Dessau e.V.:

**Name** ..... **Vorname** .....

**Geburtstag** ..... **Telefon** .....

**Anschrift** .....

**E-Mail** .....

Ich ermächtige den Behindertenverband Dessau e.V., die hier angegebenen Daten zu speichern.  
Sie werden in Übereinstimmung mit der DSGVO für Vereinszwecke verwendet und nicht an Dritte  
weitergegeben. Die Datenschutzerklärung wurde mir ausgehändigt.

**Ich wähle folgende Zahlungsart für meinen Mitgliedsbeitrag:**

Ich überweise den monatlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 3,00 € an den Behindertenverband  
Dessau e.V. auf das Konto bei der Stadtsparkasse Dessau (IBAN: DE64 8005 3572 0037 0002 16).

Ich ermächtige den Behindertenverband Dessau e.V., die fälligen Beiträge bis auf Widerruf einmal  
jährlich zu Lasten meines folgenden Kontos abzubuchen:

**IBAN** .....

**BIC** .....

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**