



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich/wir erkläre/n meine/unseren Beitritt zum Verein
autismus Köln/Bonn e.V. – Regionalverband zur
Förderung von Menschen mit Autismus

Regionalverband zur Förderung
von Menschen mit Autismus

Neusser Straße 786

50737 Köln

Tel.: 0221 / 29 23 583-40

Fax: 0221 / 29 23 583-46

www.autismus-koelnbonn.de

info@autismus-koelnbonn.de

ab dem: _____

(Datum)

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Name: _____

Vorname: _____

geb. am: _____

Telefon: _____

Straße/Hs.-Nr. _____

PLZ/Wohnort: _____

eMail: _____

Mutter / Vater eine autistischen Kindes: Ja Nein

Name und Vorname des Kindes: _____ Geburtsjahr d. Kindes: _____

Die Vereinssatzung ist auf der Internetseite www.autismus-koelnbonn.de einzusehen.

Ort / Datum

Unterschrift

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. G. Lehmkühl

Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie der Universität Köln

Prof. Dr. K. Neise

Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität Köln

Vereinsregister

Amtsgericht Köln

VR-Nr. 8968

Bankverbindung

Sparkasse KölnBonn

IBAN: DE14 3705 0198 0005 2523 25

BIC: COLSDE33XXX