

✓ **Werden Sie Mitglied!**

Die Beitrittserklärung können Sie uns mit der Post zusenden.  
Gerne nehmen wir Ihre Beitrittserklärung auch persönlich in unserem Sekretariat entgegen.



**PRO entwicklung e.V.**  
**Königsweg 9**  
**33617 Bielefeld**

bitte abtrennen ✂



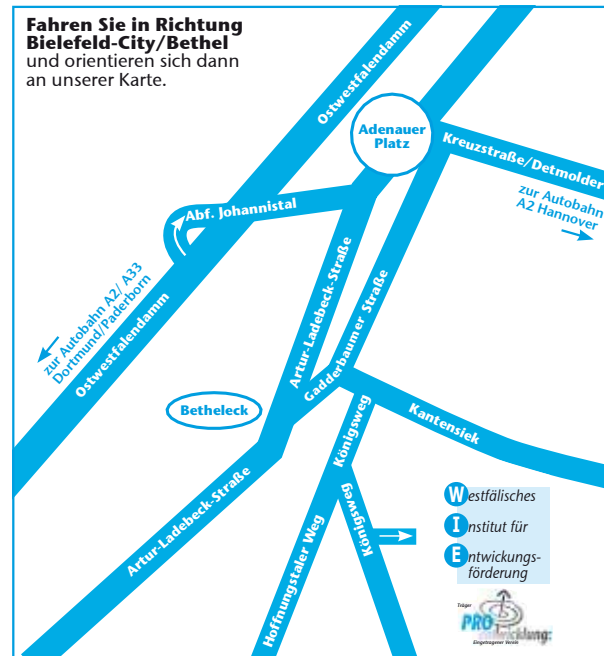
**Trägerverein** des  
Westfälischen Instituts für Entwicklungsförderung – **WIE**

**Sie haben weitere Fragen zur Mitgliedschaft?**

Unser Team ist gerne für Sie da. Rufen Sie uns einfach an  
oder schicken Sie uns eine E-Mail!  
Unsere Anschrift und Kontaktdaten finden Sie unten  
aufgeführt.

**Anfahrt:**

PRO entwicklung e.V. und  
Westfälisches Institut für Entwicklungsförderung – **WIE**



✓ **Machen Sie mit –  
werden Sie Mitglied!**

**W**estfälisches  
**I**nstitut für  
**E**ntwicklungs-  
förderung

*Diagnostik, Beratung,  
Supervision und Therapie  
für Menschen mit autistischen  
und anderen Entwicklungs- oder  
Wahrnehmungsstörungen*

**Herzlichen Dank!**

**Königsweg 9 • 33617 Bielefeld**  
Telefon: (0521) 914 64 32 • Fax: (0521) 914 64 31  
E-mail: [wie-bielefeld@t-online.de](mailto:wie-bielefeld@t-online.de)  
[www.wie-bielefeld.de](http://www.wie-bielefeld.de)

## Liebe Eltern, Liebe Interessierte,

der Verein **PRO entwicklung e.V.** ist Träger des **Westfälischen Instituts für Entwicklungsförderung (WIE)**.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden durch das **WIE** Diagnostik, Beratung, Therapie und Fallsupervision angeboten.

Die **Geschäftsführung** des Instituts wird vom Vorstand des Trägervereins ehrenamtlich wahrgenommen.

**Ziel des gemeinnützigen Vereins PRO entwicklung e.V.** ist es, diagnostische und therapeutische Angebote insbesondere für Menschen mit Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen zu schaffen, die familien- und umfeldgerecht gestaltet werden.

**Unser Einzugsbereich erstreckt sich über ganz Ostwestfalen-Lippe.**

**Zu unseren Angeboten gehören z.B.:**

- ✓ Ferienbetreuung
- ✓ Freizeitgruppen
- ✓ informative Elternabende
- ✓ Familienausflüge und Familiennachmittage
- ✓ Familienseminare
- ✓ ein Stammtisch für Eltern und Vereinsmitglieder

**Wir sind Mitglied im:**

Bundesverband zur Förderung von Menschen mit Autismus

**autismus**  
Deutschland e.V.

Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband

 **DER PARITÄTISCHE**  
UNSER SPITZENVERBAND

## Wir freuen uns über Ihre Mitgliedschaft.

**Ihre Vorteile sind:**

- ✓ Kostenermäßigung bei der Freizeitbetreuung und bei Familienseminaren
- ✓ Kostenlose Zusendung der Vereinsbroschüre „WerWieWas“
- ✓ Ihr Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar

**Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt nur:**

- für Einzelpersonen 40,00 €
- für Familien/Eheleute 60,00 €

**Vereinsbeiträge und Spenden** überweisen Sie bitte auf unser Vereinskonto bei der:



**Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG:**  
**IBAN: DE87 4786 0125 2110 4722 00**  
**BIC: GENODEM1GTL**

*Diese Anschaffungen und Projekte konnten dank  
Spenden und Mitgliedsbeiträgen  
verwirklicht werden:*



▶ ein Klavier für die Musiktherapie



▶ eine Wasserspiel- und Matschanlage, sowie eine Nestschaukel für den Außenbereich



▶ die Anschaffung von elektronischen Kommunikationshilfen



▶ die Durchführung besonderer Ferien- und Freizeitaktionen, wie z. B. ein Ausflug in den Zoo ...

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt in den Verein **PRO entwicklung e.V.**

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

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

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel/Mobil: \_\_\_\_\_

**Bitte jeweils ankreuzen:**

- Meinen/unseren Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_ € überweise/n ich/wir auf das

**Konto bei der Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG:**  
**IBAN: DE87 4786 0125 2110 4722 00**  
**BIC: GENODEM1GTL**

- Ich/wir erteilen eine Einzugsermächtigung per Lastschrift (siehe unten).

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

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

**Hiermit ermächtige/n ich/wir Sie, widerruflich,** den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_ € bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.  
Gläubiger-ID: DE6277700001050042

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden bei Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

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

bitte abtrennen ✂

**Helfen Sie mit!**

**Werden Sie Mitglied!**

**Herzlichen Dank!**