

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein

„Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Gladbeck & Bottrop e. V.“

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag von _____ € zu zahlen.

Mindestbeitrag Familie: 50,00 €

Einzelperson: 30,00 €

Name, Vorname			
Straße	PLZ		
Telefon			
Handy		Fax	

Für unsere Mitgliederstatistik bitten wir um zusätzliche, freiwillige Angaben:

Geburtsdatum		
Beruf		

Als Ehepartner/in des oben genannten Mitglieds erkläre ich meinen Beitritt zum Verein und bin bereit einen zusätzlichen Jahresbeitrag von _____ € zu zahlen. (mindestens 15,00 €)

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf	

Name der Person mit Behinderung	
Geburtsdatum des behinderten Kindes	
Grad der Behinderung lt. Ausweis	
Schule/Arbeitsstelle	

Ort, Datum

Unterschrift/en

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

(Bitte diesen Abschnitt an die Lebenshilfe Gladbeck & Bottrop senden)

Zahlungsempfänger

Absender/Kontoinhaber

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung Gladbeck & Bottrop e.V.
Friedrich-Ebert-Straße 10

45964 Gladbeck

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu leistenden Zahlungen
(Mitgliedsbeitrag/Spende) in Höhe von **jährlich**

_____ € (in Worten _____) €

Bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Konto-Nummer	BLZ:
Name des Kreditinstituts:	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

(Kopie für Auftraggeber)

Zahlungsempfänger

Absender/Kontoinhaber

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung Gladbeck & Bottrop e.V.
Friedrich-Ebert-Straße 10

45964 Gladbeck

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu leistenden Zahlungen
(Mitgliedsbeitrag/Spende) in Höhe von **jährlich**

_____ € (in Worten _____) €

Bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Konto-Nummer	BLZ:
Name des Kreditinstituts:	

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts keine Verpflichtung zur Einlösung

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____