



Lebenshilfe Schlüchtern
Karin Grauel
Pacificusstr. 31
63628 Bad Soden-Salmünster

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
LEBENSILFE für Menschen mit Behinderung e.V., Kreisvereinigung Schlüchtern

Eintritt ab: _____ (Datum)

Jahresbeitrag /Einzelmitgliedschaft: 45 Euro

oder mein Jahresbeitrag soll freiwillig _____ Euro betragen

Name/Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl u. Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon/eMail: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte ankreuzen:

- Angehöriger
- Betroffener
- Fördermitglied
- Angestellter
BWMK/HHS

SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit, bis auf Widerruf, die LEBENSILFE für Menschen mit Behinderung e.V. Kreisvereinigung Schlüchtern die fälligen Jahresbeiträge von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Die Gläubiger ID der Lebenshilfe lautet DE57ZZZ00001284678, die Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer. Der Termin des Einzugs wird mit der Einladung zur Mitgliederversammlung mitgeteilt.

IBAN: _____

BIC: _____

Name und Anschrift der Bank: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____