



Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Krefeld

Frankenring 65, 47798 Krefeld, Tel.: 02151-36 33 88-0, Fax: 02151-36 33 88-99
e-mail : info@lebenshilfe-krefeld.de, Internet: www.lebenshilfe-krefeld.de

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt ab (Datum) _____ zum Verein

„Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Krefeld e. V.“

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag von _____ € zu zahlen.
(Mindestbeitrag für Einzelmitglieder 50,00 €, Ehepaare 70,00 €, Erwachsene mit Behinderung 10,00 €)

Name, Vorname _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Für unsere Mitgliederstatistik bitten wir um zusätzliche, freiwillige Angaben:

Geburtsdatum: _____ Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Als Ehepartner/in des oben genannten Mitglieds erkläre auch ich meinen Beitritt zum Verein.

Name, Vorname _____

Für unsere Mitgliederstatistik bitten wir um zusätzliche, freiwillige Angaben:

Geburtsdatum: _____ Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Name des behinderten Angehörigen: _____

Verwandtschaftsverhältnis zum Mitglied:

Kind / Bruder / Schwester / Sonst: _____

Geburtsdatum: _____

Grad der Behinderung lt. Ausweis: _____

wohnt / arbeitet in: _____

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Mitgliedsdaten elektronisch gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte ist nur zum Landesverband und zur Bundesvereinigung Lebenshilfe zulässig, sonst ausgeschlossen.

_____, den _____

(Unterschrift/en)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

(Diesen Abschnitt an die Lebenshilfe Krefeld senden)

Zahlungsempfänger:

Absender/Kontoinhaber:

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung Krefeld e.V.
Frankenring 65
47798 Krefeld

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

€ _____
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr. _____ BLZ _____

Name des Kreditinstituts: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts
keine Verpflichtung zur Einlösung. Gebühren für Nichteinlösung berechtigter Lastschriften trage ich/tragen
wir.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

(Kopie für Auftraggeber)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Zahlungsempfänger:

Absender/Kontoinhaber:

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger
Behinderung Krefeld e.V.
Frankenring 65
47798 Krefeld

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

€ _____
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr. _____ BLZ _____

Name des Kreditinstituts: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts
keine Verpflichtung zur Einlösung. Gebühren für Nichteinlösung berechtigter Lastschriften trage ich/tragen
wir.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____