

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum **Verein Lebenshilfe Lörrach e. V.** als
 Mensch mit Behinderung Angehörige/r Förderin/er (bitte ankreuzen)

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag in Höhe von€ zu zahlen.
 (Mindestbeitrag 10,- € für Menschen mit Behinderung, sonst 20,- € jährlich)

Name, Vorname:

Geburtsdatum: Beruf:

Anschrift:

Telefon: E-mail:

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Anschrift der Vereinigung (Zahlungsempfänger):
 Lebenshilfe Lörrach e. V., Wintersbuckstrasse 7, 79539 Lörrach
 Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25LHV00000277327 // Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Lebenshilfe Lörrach e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Lörrach e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank/Sparkasse: BIC: _ _ _ _ _ | _ _ _ _

IBAN: DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _

Kontoinhaber:

Anschrift:

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift (gegebenenfalls gesetzlicher Betreuer)