



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Ortsvereinigung
Lebenshilfe Erlangen e.V., Goerdelerstraße 21, 91058 Erlangen

Ich werde Mitglied als:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mensch mit geistiger Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> Freund/ Förderer |
| <input type="checkbox"/> Elternteil eines Menschen mit Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> juristische Person |
| <input type="checkbox"/> Geschwister eines beeinträchtigten Menschen | |

Name, Vorname

Geburtsdatum*

Straße / Haus-Nr.

PLZ / Ort

Telefon*

Fax*

E-Mail*

*freiwillige Angaben

Zur Veröffentlichung von Mitglieds- und Geburtsjubiläen in unserer Vereinszeitschrift benötigen wir nach §5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) Ihre Einwilligung.

Ich bin mit der Veröffentlichung einverstanden: o Ja o Nein

Ort / Datum

Unterschrift



Lebenshilfe
Erlangen e. V.

Bitte wenden. Einzugsermächtigung
auf der Rückseite 

Goerdelerstr. 21
91058 Erlangen

Tel.: 09131 9207-0
Fax: 09131 9207-007

Einzugsermächtigung des Mitgliedsbeitrages

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an:

Lebenshilfe Erlangen e. V., Goerdelerstrasse 21, 91058 Erlangen
Gläubiger-Identifikationsnummer **DE50ZZZ00000021185**

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Lebenshilfe Erlangen e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Lebenshilfe Erlangen e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Erlangen 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. Eventuelle Änderungen der Bankverbindung sind unverzüglich dem Lebenshilfe Erlangen e. V. mitzuteilen.

Ich bin bereit, steuerbegünstigt* einen Jahresbeitrag in Höhe von

36,00 € regulärer Beitrag

18,00 € ermäßigter Beitrag für Menschen mit Beeinträchtigung

von mir gewünschter Höhe von _____ €

zu zahlen.

*Bei Beträgen unter 200,- € genügt dem Finanzamt der Einzahlungsbeleg.

IBAN: _____

BIC: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Konto-Inhaber: _____

