

## Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n als

Angehöriger eines Menschen mit Behinderung/Freund/Förderer (Jahresbeitrag 25,00 €)  
Mensch mit Behinderung

Mitglied/er werden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße/Nr.:

PLZ/Wohnort:

Telefon-Nr.:

E-Mail-Adresse (freiwillig)

Ich ermächtige den Verein der Lebenshilfe Eberbach e.V.

25,00 EUR Mitgliedsbeitrag (Mindestbeitrag)

.....EUR Mitgliedsbeitrag pro Jahr (ich bin bereit einen erhöhten Mitgliedsbeitrag zu zahlen)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Lebenshilfe Ortsvereinigung Eberbach e.V., Postfach 1314, 69403 Eberbach, den Mitgliedsbeitrag von \_\_\_\_\_ EUR einmal jährlich bei unten genanntem Kreditinstitut mittels Lastschrift abzubuchen. Gleichzeitig weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der **Lebenshilfe Ortsvereinigung Eberbach e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschriften einzulösen.**

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten anbei die meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:

BIC/Bankleitzahl

Kontoinhaber

IBAN/Konto-Nr.

Ort, Datum

Unterschrift:

1. Vorsitzende: Diana Majer-Morgenthaler, Eberbach

2. Vorsitzende: Evelin Leger