

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich den Beitritt zur **Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V., Ortsvereinigung Schenefeld**.

Bitte zutreffende Mitgliedschaft ankreuzen:

- Mitglied – Einzelperson* (Jahresbeitrag € 50,00)
- Mitglied – Paar* (Jahresbeitrag € 70,00)
- Mitglied – Betreuer in unserem Verein* (Jahresbeitrag € 15,00)
- Förderer (Jahresbeitrag € 20,00, kein Stimmrecht)

Ich verpflichte mich zur Zahlung des jährlichen Mitgliedsbeitrages.

- Darüber hinaus erkläre ich mich zu einer jährlichen Spende von € _____,00 bereit.

Antragsteller/in:

Antragssteller/in:

(nur auszufüllen bei Mitglied - Paar)

Name/Vorname

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

PLZ/Ort

Telefon/Handy

Telefon/Handy

E-Mail

E-Mail

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur gemäß den Bestimmungen des deutschen Datenschutzrechts verarbeitet.

* Alle Mitglieder erkennen durch ihren Beitritt die Verpflichtung an, sich für die satzungsgemäßen Ziele des Vereins einzusetzen.

Zahlungsmöglichkeiten

Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils zum 01.03. fällig. Sie können sich für eine von den drei folgenden Zahlungsmöglichkeiten entscheiden.

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Alternative an:

- Überweisung** - Sie überweisen den Beitrag jährlich zum 01.03. selbstständig auf unser Konto.
- Rechnung** - Sie überweisen den Beitrag nach Erhalt der Rechnung auf unser Konto.
- SEPA-Lastschrift** - Wir buchen Ihren Beitrag und den ggf. benannten zusätzlichen Spendenbetrag von Ihrem Konto ab, wenn Sie das SEPA-Lastschriftmandat ausgefüllt an uns zurücksenden.

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE53ZZZ00000435224 Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n) die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V., Ortsvereinigung Schenefeld, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V., Ortsvereinigung Schenefeld auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung

Bank _____

IBAN

BIC (8- bzw. 11-stellig)

Kontoinhaber/in

Name/Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort/Datum/Unterschrift

Tipp: Die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung e.V., Ortsvereinigung Schenefeld, wurde vom Finanzamt als mildtätig anerkannt. Ihren Mitgliedsbeitrag können Sie in Ihrer Steuererklärung abzugsfähig geltend machen. Eine Spendenbescheinigung wird Ihnen zugesandt.