Lebenshilfe
Marktheidenfeld

97828 Marktheidenfeld
Am Maradies 9

Telefon 09391/9810-0
Fax 09391/9810-50
mitglieder@lebenshilfe-mar.de
www. lebenshilfe-mar.de

B e i t r i t t s e r k l ä r u n g

Ich erkläre hiermit als Elternteil/Förderer *) ab ……meinen Beitritt zum Verein

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung
Marktheidenfeld und Umgebung e.V.
Am Maradies 9, 97828 Marktheidenfeld.

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von ..... EUR steuerbegünstigt zu zahlen.
(Mindestbeitrag beträgt 26,00 € lt. Mitgliederversammlung v. 30.11.1995)

Name/Vorname: ..... geb. am: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

..... ……
Ort/Datum Unterschrift

*) Nicht zutreffendes bitte streichen

Eine Spendenbescheinigung wird auf Wunsch zugesandt

<u>Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen durch SEPA-Lastschrift</u>

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Lebenshilfe Marktheidenfeld widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag bei dem unten genannten Kreditinstitut mittels Lastschrift einzuziehen.

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE96ZZZ00000635628

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

IBAN des Zahlungspflichtigen ……

BIC (8 oder 11 Stellen) ……

Name des Zahlungspflichtigen ……

Straße und Hausnummer ……

PLZ und Wohnort .....

..... ……
Ort/Datum Unterschrift