

Beitrittsantrag

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bremervörde / Zeven e.V.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder

* Name: _____ * Vorname: _____

* Straße: _____

* PLZ, Wohnort: _____

* Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

* Mitgliedsart	Beitrag im Jahr
<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft	30,00 Euro
<input type="checkbox"/> Ermäßigte Mitgliedschaft für Menschen mit Behinderung, für Schüler und Studenten	12,00 Euro
<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft für Alleinerziehende (unabhängig von der Anzahl der Kinder)	30,00 Euro
<input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft (unabhängig von der Anzahl der Kinder)	60,00 Euro

* **Ehepartner/Lebenspartner/in**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf (Angabe freiwillig)

* **Kinder** bis 18 Jahre

Name	Vorname	Geburtsdatum

Name	Vorname	Geburtsdatum

* Ich bin bereits Mitglied der Lebenshilfe ja nein

Mitgliedschaft in der FRSV pro Person (nur in Verbindung mit der Vereinsmitgliedschaft möglich) 15,00 Euro im Jahr

Ich beantrage die Aufnahme in die Abteilung „FRSV“ (Freizeit – und Reha-Sportvereinigung) und zahle den zusätzlichen jährlichen Abteilungsbeitrag in Höhe von Euro 15,00 pro Person für

Name	Vorname	Geburtsdatum

Name	Vorname	Geburtsdatum

Die Zeitschrift „Teilhabe“, Bezugspreis jährlich Euro 36,00 abonniere ich ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Vereinsbeiträgen durch Lastschriften – siehe Rückseite

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bremervörde/Zeven e.V.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

zum Einzug des Mitgliedsbeitrags für das

Hauptmitglied:

Name

Vorname

Ich ermächtige /Wir ermächtigen den Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bremervörde/Zeven e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bremervörde/Zeven e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE03ZZZ00000045117

Mandatsreferenz: Die Mandatsreferenz können Sie Ihrer Rechnung und/oder Ihrem Kontoauszug entnehmen.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut

BIC _____ | _____

IBAN _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bremervörde/Zeven e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Feld nur für den internen Gebrauch: