

Beitrittserklärung

Name:	Telefon:
Vorname:	Mobiltelefon:
Geburtsdatum:	Telefax:
Straße:	E-Mail:
Wohnort:	

- Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung, südlicher Landkreis Oberallgäu e. V.“
- Einzelmitgliedschaft 35 € Freiwillig höherer Jahresbeitrag: _____ EURO
- Familienmitgliedschaft 55 €
(2 Stimmberechtigte Mitglieder)
- Hiermit bestelle ich die Zeitschrift „ Lebenshilfe“ der Bundesvereinigung, die im Mitgliedsbeitrag enthalten ist.

_____, den _____, Datum _____, Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die "Lebenshilfe südlicher Landkreis Oberallgäu e. V." Zahlung von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der "Lebenshilfe südlicher Landkreis Oberallgäu e. V." auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

_____, den _____, Datum _____

Unterschrift