



Lebenshilfe

Schlüchtern

Lebenshilfe
für Menschen mit Behinderung e.V.
Kreisvereinigung Schlüchtern

info@lebenshilfe-schluechtern.de
www.lebenshilfe-schluechtern.de

Lebenshilfe Schlüchtern
Karin Grauel
Pacificusstr. 31
63628 Bad Soden-Salmünster

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur:
LEBENSHILFE für Menschen mit Behinderung e.V., Kreisvereinigung
Schlüchtern

Eintritt: _____ (Datum)

Mein Jahresbeitrag soll _____ EURO betragen, Mindestbeitrag z.Zt. 36,- €

Name/Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl u. Ort: _____

Bitte ankreuzen:

Geburtsdatum: _____

Angehöriger

Datum: _____

Betroffener

Unterschrift: _____

Fördermitglied

SEPA-Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit, bis auf Widerruf, die LEBENSHILFE für Menschen mit Behinderung e.V. Kreisvereinigung Schlüchtern die fälligen Jahresbeiträge von meinem/ unserem Konto einzuziehen. Die Gläubiger ID der Lebenshilfe lautet DE57ZZZ00001284678, die Mandatsreferenz entspricht Ihrer Mitgliedsnummer. Der Termin des Einzugs wird mit der Einladung zur Mitgliederversammlung mitgeteilt.

IBAN: _____

BIC: _____

Name und Anschrift der Bank: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bankverbindungen:
Kreissparkasse Schlüchtern
IBAN: DE80 5305 1396 0000 0016 52
BIC: HELADEF1SLU

Volksbank Raiffeisenbank Schlüchtern eG
IBAN: DE86 5306 1313 0001 3103 05
BIC: GENODE51SLU