



## Beitrittserklärung

Ich/Wir erkläre/n meinen/unseren Beitritt zur

„Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Kassel e.V.“

ab \_\_\_\_\_ 20\_\_ mit einem Jahresbeitrag von

- 40,00 €** allgemein (Eltern/Freunde/Förderer) oder
- 20,00 €** für Menschen mit einer geistigen Behinderung oder
- 100,00 €** für Organisationen

**Bitte zutreffenden Beitrag ankreuzen!**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

**Falls eine gesetzliche Betreuung besteht, bitte betreuende Person angeben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00001080838

Mandatsreferenznummer ist die Mitgliedsnummer, die Ihnen noch mitgeteilt wird.

Ich ermächtige die Lebenshilfe Ortsverein Kassel e.V., von meinem Konto den Beitrag mittels Lastschrift einzuziehen; zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Lebenshilfe Kassel auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

### **Hinweis:**

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

Vorname und Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Ort, Datum und Unterschrift (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_