




# BEITRITTSERKLÄRUNG

## PERSÖNLICHE ANGABEN

<input type="text" value="Name"/>	<input type="text" value="Vorname"/>	
<input type="text" value="Straße, Hausnummer"/>		
<input type="text" value="PLZ"/>	<input type="text" value="Ort"/>	<input type="text" value="Geburtsdatum"/>
<input type="text" value="E-Mail"/>	<input type="text" value="Telefonnummer"/>	

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Lebenshilfe Lemgo e.V.“ als:

<input type="radio"/>  <b>Fördermitglied</b> (FreundIn, Fachkraft, sonstiges)	<input type="radio"/>  <b>Mitglied mit Beeinträchtigung</b> (SelbstvertreterIn)	<input type="radio"/>  <b>Mitglied mit einem beeinträchtigten Angehörigen</b> (Eltern, Geschwister)
--	--	--

- Ich möchte einen Jahresbeitrag\* in Höhe von  Euro zahlen. (mindestens 40,00 Euro, für Mitglieder mit Beeinträchtigung gibt es keinen Mindestbeitrag!)
- Ich bitte um Zusendung der vierteljährlich erscheinenden Fachzeitschrift „Teilhabe“ von der Bundesvereinigung Lebenshilfe zum **Sonderpreis von € 29,00 jährlich**.
- Der Jahresbeitrag\* und ggf. der Preis für die Fachzeitschrift sollen von meinem Konto per SEPA-Lastschrift abgebucht werden. (Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen.)
- Der Jahresbeitrag\* für das laufende Jahr und ggf. den Sonderpreis für die Fachzeitschrift wird von mir auf das Konto der Lebenshilfe Lemgo e.V. bei der **Sparkasse Lemgo IBAN DE66 4825 0110 000 0752 26, BIC WELADED1LEM** überwiesen.
- Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen und zur Kenntnis genommen.

<input type="text" value="Datum"/>	<input type="text" value="Unterschrift"/>
------------------------------------	---

\* Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Spendenbescheinigungen werden auf Wunsch erteilt.

## SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

**Zahlungsempfänger:**

Lebenshilfe Lemgo e.V.  
Herforder Str. 75  
32657 Lemgo

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE33 LHL0 0000 3709 82

**Land:**

Deutschland

## MANDATSREFERENZ (bitte ausfüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger Zahlungen von **meinem / unserem** Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich **weise ich mein / weisen wir unser** Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

**Zahlungsart:**  Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (KontoinhaberIn)

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift