


Beitrittserklärung

als Elternteil Angehöriger Betreuer Förderer Mitarbeiter

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur  Lebenshilfe Walsrode e. V.

Name, Vorname:


Geburtsdatum: Beruf: Tel.-Nr.:

Wohnanschrift:

Ich erkläre mich bis auf Widerruf bereit, einen jährlichen Beitrag von € zu zahlen.
Anmerkung: Der Mindestbeitrag beträgt zur Zeit laut Beschluss der Mitgliederversammlung
12,00 € Mitgliedsbeitrag pro Jahr.

Ort und Datum: Unterschrift:

Wir können Ihnen helfen, Wege und Zeit zu sparen,
wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung für den jährlichen Mitgliedsbeitrag erteilen.
Wir übernehmen das gern für Sie !

Ihre  LEBENSHILFE

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Lebenshilfe Walsrode e.V. bis auf Widerruf,
bei Fälligkeit meinen Jahresbeitrag zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoführendes Institut:

Bankleitzahl: Konto-Nummer:

Name, Vorname:

Wohnanschrift:

Ort und Datum: Unterschrift:

Unterschrift des Kontoinhabers