

Beitrittserklärung

Lebenshilfe Walsrode e.V.
Von-Stoltzenberg-Straße 11
29664 Walsrode



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

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Tel.-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Ich erkläre mich bis auf Widerruf bereit, einen jährlichen Beitrag von ____€ zu zahlen. Der Mindestbeitrag beträgt zurzeit laut Beschluss der Mitgliederversammlung 12,00 € pro Jahr.

Datum: _____ Unterschrift: _____