

Beitrittsantrag

Ich beantrage den Beitritt zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Main-Taunus e. V. unter Anerkennung der Satzung und Beitragsordnung und Zahlung eines steuerbegünstigten jährlichen Mitgliedsbeitrags von

_____ € (Mindestbeitrag jährlich 40,00 €
für Menschen mit Behinderung gemäß Satzung 10,00 €)

Der jährliche Mitgliedsbeitrag wird zum 15.03. des Jahres eingezogen. Selbstzahler entrichten den jährlichen Beitrag mit Beginn der Mitgliedschaft und in den Folgejahren bis zum 15.03. des Jahres.

Persönliche Daten

Vorname und Name

Geburtsdatum

Ansprechpartner bei Firma, Verband, Körperschaft, sonstiger Institution

Straße

Postleitzahl, Ort

Telefon/Fax/E-Mail

Folgende Angaben sind freiwillig. Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Elternteil Angehörige/r Mensch mit Behinderung
 gesetzliche/r Betreuer/in Förderer/in Mitarbeiter/in der Lebenshilfe

Vorname, Name und Geburtsdatum der Person, die von der Lebenshilfe betreut wird

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich willige ein, dass die o. g. Daten per EDV zum Zweck der Mitgliederverwaltung, zum Ausstellen von Bescheinigungen und für Informationen an mich erhoben und verarbeitet werden dürfen. Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt nicht. Nur Name und Anschrift werden als Versandadresse für die Lebenshilfe Zeitung an die Bundesvereinigung Lebenshilfe weitergeleitet. Wenn ich keine Informationen erhalten möchte, kann ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Meine Daten werden nach Vereinsaustritt gelöscht, es sei denn gesetzliche Aufbewahrungsvorschriften stehen dem entgegen.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE60ZZZ0000484859

Ich ermächtige die Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Main-Taunus e.V., den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Das Lastschriftverfahren erfolgt zum 15.03. des jeweiligen Jahres bzw. mit Beginn der Mitgliedschaft.

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

Die Lastschriftmandatsreferenz wird Ihnen separat mitgeteilt.
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Mitgliedsbeitrag von

Vorname und Name

Kontoinhaber

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

IBAN

BIC, Kreditinstitut

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers