

Bitte senden Sie uns die vollständig ausgefüllte Beitragserklärung per Post oder per Fax zu.

**Fax-Nummer: 07161 94044-19**



**Lebenshilfe  
Göppingen**

Lebenshilfe für Menschen  
mit Behinderung  
Kreisvereinigung Göppingen e.V.

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung  
Kreisvereinigung Göppingen e.V.  
Heubachstr. 6-10  
73092 Heiningen

## Hiermit erkläre ich

meinen Beitritt zum Verein Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung  
Kreisvereinigung Göppingen e.V. in 73092 Heiningen.

Ich bin Angehörige(r)     Fördermitglied     Mensch mit Behinderung

Ich möchte einen Jahresbeitrag zahlen  
in Höhe von EUR\*

Name, Vorname

Beruf

PLZ, Ort, Straße

E-Mail

Datum, Unterschrift



Zutreffendes bitte ankreuzen.

\* **Bitte beachten Sie:**  
Der **Mindest-Jahresbeitrag**  
beträgt für Angehörige und  
Fördermitglieder **EUR 32,-** und  
für Menschen mit Behinderung  
**EUR 16,-**

## Einzugsermächtigung durch Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Lebenshilfe Göppingen e.V. widerruflich,  
den von mir (uns) zu entrichtenden Jahresbeitrag mittels Lastschrift zu Lasten  
meines Kontos einzuziehen.

Name, Vorname

Geldinstitut

Kto.Nr.

BLZ

Datum, Unterschrift



Bitte ermöglichen Sie es  
uns, den Jahresbeitrag  
mittels Lastschriftverfahren  
abzubuchen.

Sie erleichtern uns dadurch  
die Abwicklung.

Selbstverständlich  
können Sie jederzeit die  
Einzugsermächtigung  
wiederrufen.