

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

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich möchte einen Jahresbeitrag zahlen
in Höhe von EUR*

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

Name, Vorname

Beruf (freiwillige Angabe)

PLZ, Ort, Straße

E-Mail

Datum, Unterschrift



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

IBAN

BIC

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.