

# Ja, ich werde Mitglied der Lebenshilfe Grafenau e.V.

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Lebenshilfe für Behinderte Vereinigung Grafenau e.V. (Anschrift: Starenweg 1, 94481 Grafenau) und verpflichte mich zur Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrags von Euro: \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag 24 €)

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Einzug erfolgt jährlich zum 15. Februar

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 78ZZZ00000503256

Mandatsreferenz: *(wird separat mitgeteilt)*

Ich ermächtige die Lebenshilfe für Behinderte Grafenau, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe für Behinderte Vereinigung Grafenau e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

IBAN.: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

*(Angabe erforderlich, soweit Kontoinhaber vom Mitglied abweicht)*

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Post, Fax oder E-Mail an:**

**Lebenshilfe für Behinderte, Vereinigung Grafenau e.V.**

Starenweg 1, 94481 Grafenau

Fax: 08552 / 974 664 – 190

E-Mail: lh-grafenau@t-online.de

