

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung  
Kreisvereinigung Freudenstadt e.V.  
Hirschkopfstraße 25 & Alfredstraße 79  
72250 Freudenstadt

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

### Beitrittserklärung zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung – Kreisvereinigung Freudenstadt

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Freudenstadt e.V.. Die Satzung erkenne ich an.  
Beitrag jährlich:

€ \_\_\_\_\_ (Mindestbeitrag 30,00€/Jahr für Menschen ohne Behinderung –  
Mindestbeitrag 5,00€/Jahr für Menschen mit Behinderung)

Name: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Diese Informationen werden in dem vereinseigenen EDV-System gespeichert. Jedem Vereinsmitglied wird dabei eine Mitgliednummer zugeordnet. Die Angaben werden vertraulich behandelt und keinesfalls weitergegeben. Mit dieser Beitrittserklärung gebe ich meine Einwilligung gemäß §3 Bundesdatenschutzgesetz zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten.

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates:

Zahlungsempfänger: Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung – Kreisvereinigung Freudenstadt e.V.  
Gläubiger ID: DE77ZZZ00000645476 Mandatsreferenz: \*Mitgliedsnummer\*

Kontoinhaber:

Name, Anschrift wie oben

Name: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Lebenshilfe Freudenstadt e.V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Freudenstadt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Zahlung wird einmal jährlich im 1. Quartal eingezogen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungszeitraum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied oder gesetzl. Betreuer

Falls Kontoinhaber und Mitglied nicht identisch:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber