Heilpädagogisches Zentrum -
Lebenshilfe für Behinderte e.V.
Zur Lebenshilfe 1
92699 Irchenrieth
Telefon 09659/91-0
Telefax 09659/91-236

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu dem Verein
Heilpädagogisches Zentrum - Lebenshilfe für Behinderte e.V.

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Tel./Fax: _____

☐ Ich bin bereit, den jeweils gültigen Jahres-Mindestbeitrag (derzeit 30,00 Euro) steuerbegünstigt zu zahlen.

☐ Ich bin bereit einen höheren Jahresbeitrag von Euro_____ zu zahlen.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung zum Einzug von Beiträgen)

Gläubiger-Ident-Nr.:
DE94HPZ00000107693

Mandats-Referenz-Nummer:
wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen dem Heilpädagogischen Zentrum - Lebenshilfe für Behinderte e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von dem Heilpädagogischen Zentrum – Lebenshilfe für Behinderte e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kreditinstitut: _____

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐

IBAN: ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Kontoinhaber (bitte nur ausfüllen, falls Zahlung durch eine andere Person erfolgt)

Name, Vorname _____

Straße u. Haus-Nr. _____

PLZ u. Ort _____

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift des Kontoinhabers