



Lebenshilfe

Müllheim und Umgebung e.V.

Lebenshilfe
Müllheim und Umgebung e.V.

Geschäftsstelle
Werderstraße 49
79379 Müllheim
Tel.: (07631) 97 47 634

e-Mail: vorstand@lebenshilfe-muellheim.de
Internet: www.lebenshilfe-muellheim.de

Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V.
Werderstraße 49
79379 Müllheim

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V.

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Fax / Handy:.....

E-Mail:.....

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 25,- Euro)

von.....Euro zu zahlen. (Abbuchung erfolgt im März eines Jahres)

- Die Einzugsermächtigung von meinem Konto ist dieser Erklärung beigelegt
- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag bis spätestens zum 31.12. des Mitgliedsjahres auf eines der Konten der Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V.

Sparkasse Markgräflerland

IBAN: DE30 6835 1865 0008 0200 00

Volksbank Breisgau-Markgräflerland eG

IBAN: DE49 6806 1505 0000 5353 03

Ort, Datum

Unterschrift

Original bitte ausgefüllt zurücksenden

Hiermit ermächtige ich die Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V. zum Einzug des Mitgliedsbeitrages

Behinderte(r) Angehörige(r) Fördermitglied Jur. Person

Name:		Vorname:	
Straße:			Geburtsdatum:
PLZ:	Wohnort:	Beruf:	
Tel.:	E-Mail:		
Name der/des behinderten Angehörigen:		Geburtsdatum der/des behinderten Angehörigen	
Bitte tragen Sie Ihren Jahresbeitrag hier ein: € (Mindestbeitrag 25,-- €) Einzug im März		Der von der Mitgliederversammlung beschlossene <u>Jahresbeitrag</u> beträgt z.Z. 25,-- € ohne Höchstgrenze.	

(Ort und Datum)

(Unterschrift)



SEPA-Basislastschriftmandat

Original bitte ausgefüllt zurücksenden

Name des Zahlungsempfängers:
Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V.

Vorname des Zahlungsempfängers:

Straße des Zahlungsempfängers:

Werderstraße 49

PLZ des Zahlungsempfängers:

79379

Wohnort des Zahlungsempfängers:

Müllheim

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000378511

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vorname:

Straße des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

PLZ des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Wohnort des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

Ort / Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Kopie für Ihre Unterlagen

Hiermit ermächtige ich die Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V. zum Einzug des Mitgliedsbeitrages

Behinderte(r)
 Angehörige(r)
 Fördermitglied
 Jur. Person

Name:		Vorname:	
Straße:			Geburtsdatum:
PLZ:	Wohnort:	Beruf:	
Tel.:	E-Mail:		
Name der/des behinderten Angehörigen:		Geburtsdatum der/des behinderten Angehörigen	
Bitte tragen Sie Ihren Jahresbeitrag hier ein:		Der von der Mitgliederversammlung beschlossene <u>Jahresbeitrag</u> beträgt z.Z. 25,- € ohne Höchstgrenze.	
€ (Mindestbeitrag 25,-€ Einzug im März)			

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Bei Zuwendungen von mehr als 300,- € erhalten Sie eine jährliche Zuwendungsbescheinigung zugesandt. Bis zu 300,- € gilt der Bankbeleg als Zuwendungsbescheinigung.

Bitte teilen Sie uns eine Adressänderung oder eine neue Bankverbindung umgehend mit. Vielen Dank!



SEPA-Basislastschriftmandat

Kopie für Ihre Unterlagen

Name des Zahlungsempfängers:
Lebenshilfe Müllheim und Umgebung e.V.

Vorname des Zahlungsempfängers:

Straße des Zahlungsempfängers:

Werderstraße 49

PLZ des Zahlungsempfängers:

79379

Wohnort des Zahlungsempfängers:

Müllheim

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00000378511

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

Zahlungsart

Wiederkehrende Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vorname:

Straße des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

PLZ des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Wohnort des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

Ort / Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)