

**Geschäftsstelle**

Karl-Friedrich-Straße 68/1  
79312 Emmendingen  
Tel.: (07641) 933 41 0  
Fax.: (07641) 933 41 209

e-Mail: [kontakt@lebenshilfe-emmendingen.de](mailto:kontakt@lebenshilfe-emmendingen.de)  
Internet: [www.lebenshilfe-emmendingen.de](http://www.lebenshilfe-emmendingen.de)

An die  
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung  
Kreisvereinigung Emmendingen e.V.  
Karl-Friedrich-Straße 68/1  
79312 Emmendingen

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung  
Kreisvereinigung Emmendingen e.V.

Name, Vorname: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort:.....

Telefon:.....

Fax / Handy:.....

E-Mail:.....

Ich bin bereit einen Jahresbeitrag (Mindestbeitrag 30 Euro)

von.....Euro zu zahlen.

Der Beitrag für Menschen mit geistiger Behinderung ist frei.

- Die Einzugsermächtigung von meinem Konto ist dieser Erklärung beigelegt
- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag bis spätestens zum 31.12. des Mitgliedsjahres auf das Konto der Lebenshilfe Kreisvereinigung Emmendingen bei der Sparkasse- Nördlicher Breisgau **IBAN: DE97 680 501 0100 200 19 002**

---

Ort, Datum

Unterschrift

# SEPA-Basislastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Kreisvereinigung Emmendingen e.V.

Straße des Zahlungsempfängers:

Karl-Friedrich-Straße 68/1

PLZ des Zahlungsempfängers:

79312

Wohnort des Zahlungsempfängers:

Emmendingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000005346

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 des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

PLZ des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Wohnort des Zahlungspflichtigen:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen)

Ort Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)