Lebenshilfe
für Menschen mit Behinderungen
Freiburg i.Br. und Umgebung e.V.

Belchenstraße 2 A, 79115 Freiburg
Tel.: (0761) 479998-0
Fax: (0761) 479998-13
E-Mail: info@lebenshilfe-freiburg.de
Internet: www.lebenshilfe-freiburg.de

Bankverbindung
LIGA BANK EG
IBAN: DE08 7509 0300 0007 1004 77
BIC: GENODEF1MO5
BLZ: 750 90 300
Konto:71 004 77

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Freiburg i.Br. und Umgebung e.V. als

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

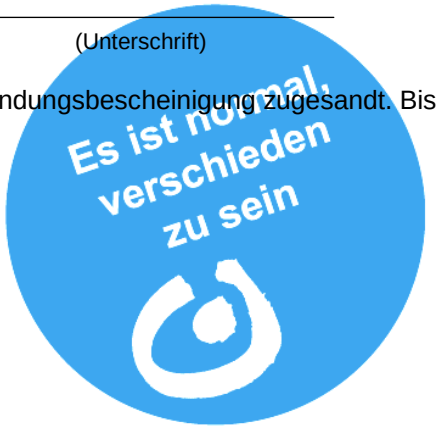
Name:		Vorname:
Straße:		Geburtsdatum:
PLZ:	Wohnort:	Beruf:
Tel.:	E-Mail:	
Name der/des behinderten Angehörigen:		Geburtsdatum der/des behinderten Angehörigen
Bitte tragen Sie Ihren Jahresbeitrag hier ein: **€** (Mindestbeitrag 35,00 €)		Der von der Mitgliederversammlung beschlossene Jahresbeitrag beträgt z.Z. 35,00 € ohne Höchstgrenze. 15,00 € für Menschen mit Behinderungen

_____ _____

(Ort und Datum) (Unterschrift)

Bei Zuwendungen von mehr als 300,00 € erhalten Sie eine jährliche Zuwendungsbescheinigung zugesandt. Bis zu 300,00 € gilt der Bankbeleg als Zuwendungsbescheinigung.

Bitte teilen Sie uns eine Adressänderung rechtzeitig mit.



SEPA-Basislastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers:	Vorname des Zahlungsempfängers:
Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Freiburg i.Brsg. und Umgebung e.V.	

Straße des Zahlungsempfängers:

Belchenstr. 2 A

PLZ des Zahlungsempfängers:	Wohnort des Zahlungsempfängers:
79115	Freiburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000683092

Mandatsreferenz:

Dieses Feld wird vom e.V. ausgefüllt

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)