für Menschen mit Behinderung Stadt u. Landkreis Hof e.V.

Am Lindenbühl 10
95032 Hof
Tel: 09281/75520 Fax: 09281/54193
e-mail: info@lebenshilfe-hof.de
Internet: www.lebenshilfe-hof.de

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein
„Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Stadt und Landkreis Hof e.V.“.

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von.....zu zahlen.
(steuerbegünstigt, Mindestbeitrag 25,00€ pro Jahr, für Menschen mit Behinderung 5,00€)

Name:_____ Vorname:_____

Anschrift:_____

Geburtsdatum:_____ Beruf:_____

Tel.-Nr.:_____ e-mail:_____

Mit der Nennung meines Vor- und Nachnamens als neues Mitglied in der nächsten Ausgabe der Lebenshilfe Notizen bin ich einverstanden / nicht einverstanden.

Datum:_____ Unterschrift:_____

Einzugsermächtigung von Mitgliedsbeiträgen

Hiermit ermächtige ich die „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Stadt und Landkreis Hof e.V.“, Am Lindenbühl 10, 95032 Hof, widerruflich, den Jahresbeitrag

in Höhe von .....

bei dem u. g. Geldinstitut mittels Lastschrift einzuziehen.

Name:_____Anschrift:_____

Bank:_____

IBAN:_____ BIC:_____

Datum:_____ Unterschrift:_____