



## Beitrittserklärung

Tel.: 03723-41 11 86

Fax : 03723-62 75 25

E-mail: lebenshilfe.hoh-er@gmx.de

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein

„ **Lebenshilfe Hohenstein-Ernstthal e.V.** “

ab

- als:  Angehöriger eines Menschen mit Behinderung  
 Mensch mit Behinderung  
 Freund/Förderer (bitte Zutreffendes ankreuzen)

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
--------------	-----------------

<b>geb. Datum :</b>	<b>Beruf:</b>
---------------------	---------------

<b>Straße / Nr.</b>	<b>PLZ / Wohnort:</b>
---------------------	-----------------------

<b>Telefon - Nr.:</b>	<b>Fax – Nr.:</b>	<b>e-Mail :</b>
-----------------------	-------------------	-----------------

Ich bin bereit einen monatlichen Beitrag von ..... Euro zu zahlen.

Der satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung beschlossene Mindestbeitrag beträgt monatlich 5,00 € je Mitglied (Familien gelten als ein Mitglied) und 2,00 € für Mitglieder mit Behinderung.

Meinen Mitgliedsbeitrag von .....EURO werde ich

- persönlich**, überweisen  monatlich  ¼ - jährlich  ½ jährlich  jährlich  
 **per Dauerauftrag** überweisen  monatlich  ¼ - jährlich  ½ jährlich  jährlich
- per **Einzugsermächtigung** (dazu erhalten Sie ein gesondertes Formular)  
von meinem Konto abbuchen lassen  monatlich  ¼ - jährlich  ½ jährlich  jährlich

Bankverbindung: Volksbank Chemnitz BLZ 870 962 14 Konto - Nr. 002 125 08 56

**IBAN: DE60 8709 6214 0021 2508 56** --- **SWIFT-BIC : GENODEF1CH1**

Eine Spendenquittung erhalten Sie auf Wunsch.

Folgende Angaben erbitten wir zusätzlich von Eltern, Angehörigen oder Betreuern von Menschen mit geistiger Behinderung:

Name meines behind. Angehörigen oder zu betreuenden Menschen :	Vorname:	Geb.-Datum
--	----------	------------

Ort, Datum.....

Unterschrift .....

Es wird zugesichert, dass die erhobenen Daten nur für satzungsgemäße Zwecke erhoben und genutzt werden.