



# Lebenshilfe Crailsheim

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu der Vereinigung „**Lebenshilfe** für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von € \_\_\_\_\_ steuerbegünstigt zu zahlen (empfohlener Jahresbeitrag mindestens € 35,-).

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe ein behindertes Kind bzw. einen behinderten Angehörigen ja  nein

----- ✂ -----

### SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.  
Straße und Hausnummer: Goldbacher Straße 60

Postleitzahl und Ort: 74564 Crailsheim Land: Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000087937

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger- Lebenshilfe auszufüllen):  
\_\_\_\_\_

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Crailsheim e.V.“ 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.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber): \_\_\_\_\_

Anschrift des Zahlungspflichtigen  
Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_ Land: Deutschland

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen): \_\_\_\_\_

BIC (8 oder 11 Stellen): \_\_\_\_\_

Jahresbeitrag: € \_\_\_\_\_ Freiwilliger Beitrag: € \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_