



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)

Name:	Vorname:
--------------	-----------------

geb. Datum :	Beruf:
---------------------	---------------

Straße / Nr.	PLZ / Wohnort:
---------------------	-----------------------

Telefon - Nr.:	Fax – Nr.:	e-Mail :
-----------------------	-------------------	-----------------

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 vonEURO werde ich

- | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> persönlich , überweisen | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ - jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich |
| <input type="checkbox"/> per Dauerauftrag überweisen | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ - jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich |
| <hr/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> per Einzugsermächtigung (dazu erhalten Sie ein gesondertes Formular)
von meinem Konto abbuchen lassen | <input type="checkbox"/> monatlich | <input type="checkbox"/> ¼ - jährlich | <input type="checkbox"/> ½ jährlich | <input type="checkbox"/> jährlich |

Bankverbindung: Sparkasse Chemnitz IBAN: DE65 8705 0000 3615 0034 96 --- SWIFT-BIC : CHEKDE81XXX

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.