



Lebenshilfe

Regionalvereinigung
Kamenz-Hoyerswerda e.V.
Dresdener Straße 74; 02977 Hoyerswerda
Tel.: 03571 (93 00 90) Fax: 03571 (93 00 99 9)
lebenshilfe@kamenz-hoyerswerda.de
www.lebenshilfe-kamenz-hoyerswerda.de

Antrag zur Aufnahme als Mitglied

Im Verein Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung
Regionalvereinigung Kamenz – Hoyerswerda e.V.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtstag: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Telefonnr.: _____ E-Mail-Adresse: _____

Ich trete bei als: Mensch mit Behinderung
Elternteil / Angehöriger
Freund / Förderer

Ich möchte: den Verein als Mitglied stärken
aktive gemeinnützige Arbeit leisten
in Vereinsgremien mitarbeiten

*zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bin bereit, steuerbegünstigt zu zahlen:

- den satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung beschlossenen Jahresbeitrag in Höhe von:

36,00 € 15,00 € (nur Rentner und Arbeitslose)

- zum Jahresbeitrag eine jährliche Spende in Höhe von €

Über die Aufnahme wird in der, nach dem Eingang des Antrages in der Geschäftsstelle, nächst folgenden Vorstandssitzung entschieden. Eine Information über den Beschluss zur Aufnahme erfolgt schriftlich. Nach erfolgter Aufnahme sind für die reibungslose Organisation der Vereinsarbeit alle Veränderungen der Personalangaben umgehend der Geschäftsstelle mitzuteilen. Die Erteilung eines Lastschriftmandates für den Mitgliedsbeitrag vereinfacht unsere Verwaltungsaufgabe. – Danke!

Ort und Datum

Unterschrift



Lebenshilfe

Regionalvereinigung
Kamenz-Hoyerswerda e.V.
Dresdener Straße 74; 02977 Hoyerswerda
Tel.: 03571 (93 00 90) Fax: 03571 (93 00 99 9)
lebenshilfe@kamenz-hoyerswerda.de

Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich, _____
Name, Vorname _____

Wohnanschrift: _____

den Verein Lebenshilfe Regionalvereinigung Kamenz – Hoyerswerda e.V. widerruflich,

- den Jahresbeitrag in Höhe von: _____ €
- eine jährliche Spende in Höhe von: _____ €

bei Fälligkeit (01.07. bzw. am darauf folgenden Werktag) zu Lasten meines Kontos:

IBAN _____

Geldinstitut _____

BIC _____

mittels Sepa-Lastschrift einzuziehen.

Das Lastschriftmandat wird durch:

Gläubiger-ID: DE05ZZZ00000348303

Mandatsreferenz-Nr.: MB-100- (Nummer wird durch die Lebenshilfe RV vergeben!)

gekennzeichnet.

Ort und Datum _____

Unterschrift des Kontoinhabers _____