

L(i)ebenswert -
Menschen mit Down-Syndrom e.V.
Am Scholtenbusch 34
46539 Dinslaken



BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als Mitglied zum Verein „L(i)ebenswert“ e.V. und bin bereit, den Jahresbeitrag zu entrichten.

Name, Vorname

Name, Vorname
(2. Familienmitglied, bei Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname
(3. Familienmitglied, bei Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname
(4. Familienmitglied, bei Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname
(5. Familienmitglied, bei Familienmitgliedschaft)

Name, Vorname
(6. Familienmitglied, bei Familienmitgliedschaft)

Unser Mitgliedsbeitrag

Der Einzelbeitrag und der Familienbeitrag betragen jährlich 12,- €. Es handelt sich um Mindestbeiträge. Ermäßigung ist auf Antrag möglich. Der Mitgliedsbeitrag und zusätzliche Spenden sind steuerlich absetzbar.

Straße: PLZ, Ort:

Telefon/Handy: e-Mail:

Kind mit Down-Syndrom: ja nein

Vorname des Kindes:

Geburtsdatum:

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich bis spätestens 31. Januar von Ihrem Konto abgebucht.

Ich ermächtige Sie, den Jahresbeitrag in Höhe von Euro jährlich bei Fälligkeit von folgendem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber/in

Kreditinstitut BLZ

Konto-Nr.

Ich kann die Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift

Ich bin mit der Weitergabe unserer Namen und Adresse an Mitglieder des Vereins „L(i)ebenswert“ e.V. einverstanden.