



Mitglieder werben Mitglieder

Empfehlen Sie die Lebenshilfe weiter und erhalten Sie ein Dankeschön.

Meine Daten

Name, Vorname: _____ Straße, Hausnummer: _____

E-Mail: _____ PLZ, Ort: _____

Meine Prämie: Notizbuch keine Prämie gewünscht



Daten Neumitglied

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu der Vereinigung
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Orts- und Kreisvereinigung Worms-Alzey e.V.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail*: _____

(*bei Angabe erhalten Sie unsere Informationen und Rundbriefe per Mail)

Ich bin: Elternteil Förderer/Förderin Mitarbeiter:in

Ich möchte folgenden Jahresbeitrag zahlen:

42,00 € 60,00 € _____ €

Ab 2. Familienmitglied: _____ € (Mindestbetrag 30,00 €)

Ich wünsche jährliche Abbuchung jeweils zum 15. Februar

Ich wünsche halbjährliche Abbuchung jeweils zum
15. Februar und 15. August

Datenschutzhinweis

Die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Orts- und Kreisvereinigung Worms-Alzey e.V. erhebt und verwendet Ihre hier angegebenen Daten für Vereinszwecke. Ferner verwenden wir Ihre Anschrift und E-Mail-Adresse für weitere Informationen über Aktivitäten und Fördermöglichkeiten. Dieser werblichen Nutzung können Sie jederzeit widersprechen, per E-mail an info@lebenshilfe-worms.de oder an die Anschrift der Lebenshilfe Worms. Generell erfolgt keine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte für Werbezwecke.

Ich habe den Datenschutzhinweis gelesen und bin damit einverstanden.

Unterschrift des / der Antragstellers / Antragstellerin:

SEPA-Lastschriftmandat

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Worms-Alzey e.V.,
Kurfürstenstr. 1-3, 67549 Worms, Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE96ZZZ00000247337, Mandatsreferenz (wird von der Lebenshilfe
festgelegt)

ab Datum: _____

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber:in: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des / der Kontoinhabers / Kontoinhaberin:

Bitte Mitgliedsantrag ausgefüllt zurücksenden. Lebenshilfe Worms · Kurfürstenstr. 1-3,
67549 Worms · Fax 06241 508333 Haben Sie Fragen? Wir sind für Sie da!
Tel.: 06241 508110 · info@lebenshilfe-worms.de · www.lebenshilfe-worms.de