

Landesverband von Eltern mit Beeinträchtigungen und chroni- schen Erkrankungen e. V.



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich verbindlich meinen/unseren Beitritt zum Landesverband von Eltern mit Beeinträchtigungen und chronischen Erkrankungen e. V. mit Sitz in Dortmund. Die Satzung erkenne ich damit an. Mit der Weitergabe meiner Adressdaten ausschließlich an Mitglieder bin ich einverstanden.

<input type="checkbox"/>	Ordentliches Mitglied**	<input type="checkbox"/>	Fördermitglied**
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Name*	<input type="text"/>	Vorname*	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Wohnort	<input type="text"/>
eMail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

* hier für Eltern/Paare, bitte zweiten Namen angeben falls gewünscht ** bitte ankreuzen

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit 30 Euro, in sozialen Fällen 15 Euro. Sollte die Hauptversammlung eine Beitragsänderung beschließen, so gilt der neu beschlossene Jahresbeitrag.

Der Beitrag wird per Lastschriftverfahren (Einzugsermächtigung) abgebucht.

Kontoinhaber***
**** (nur ausfüllen, wenn mit ersten Namen abweicht)

Bank BLZ

Konto Nr.

Diese Ermächtigung gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Ort Datum

Unterschrift Unterschrift