

## Beitrittserklärung

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen  
Kreisvereinigung Bad Tölz-Wolfratshausen e.V.  
Prof.-Max-Lange-Platz 8  
83646 Bad Tölz  
Sparkasse Bad Tölz-Wolfratshausen  
**IBAN** DE95 7005 4306 0000 0069 24  
**BIC** BYLADEM1WOR

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt

zur Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen, Kreisvereinigung Bad Tölz-Wolfratshausen e.V. und verpflichte mich zur Zahlung eines jährlichen (Mindest)-Mitgliedsbeitrags.

Ich bin bereit, als  Mensch mit Behinderung  Elternteil  
 sonstiger Angehöriger  Förderer

einen Jahresbeitrag in Höhe von Euro \_\_\_\_\_  
steuerbegünstigt zu zahlen (Mindestbeitrag Euro 25.-) Über den geleisteten Beitrag bekomme ich zum Jahresende eine Zuwendungsbescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt.

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, E-Mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen  
Kreisvereinigung Bad Tölz-Wolfratshausen e.V.  
Prof.-Max-Lange-Platz 8  
83646 Bad Tölz

**Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag Lebenshilfe**

als Mensch mit Behinderung / Elternteil / sonstiger Angehöriger / Förderer (**Nichtzutreffendes streichen!**)

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE58LHV00000114840

**Vorname und Name Kontoinhaber:**

**Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige die

**Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Kreisvereinigung Bad Tölz-Wolfratshausen**

Prof.-Max-Lange-Platz 8, 83646 Bad Tölz

widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

**Name des Kreditinstitutes:** \_\_\_\_\_

**Kontonummer:** \_\_\_\_\_ **Bankleitzahl:** \_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftverfahren:**

Ich ermächtige die

**Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Kreisvereinigung Bad Tölz-Wolfratshausen**

Prof.-Max-Lange-Platz 8, 83646 Bad Tölz

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Lebenshilfe Kreisvereinigung auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Als **Mandatsreferenz** gilt die Mitgliedsnummer. **Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditunternehmen vereinbarten Bedingungen.

**Name des Kreditinstitutes:** \_\_\_\_\_ **BIC:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** DE \_\_\_\_\_

Ort, Datum

X

Unterschrift (bei Minderjährigen des/der gesetzlichen Vertreter/s)