



# Lebenshilfe

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich möchte Mitglied bei der Lebenshilfe Odenwaldkreis werden.

Mein Jahresbeitrag soll  € \*\* betragen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Anschrift

Ort, Datum

Unterschrift

\*\* Mindestbeitrag 25,00 €

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Die Lebenshilfe Odenwaldkreis ist bis auf Widerruf ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag durch Lastschrift einzuziehen.

Konto Nr.

---

Kontoinhaber (falls abweichender Name)

[REDACTED]

Bank/Sparkasse

[REDACTED]

Bankleitzahl

[REDACTED]

Ort, Datum

---

Unterschrift