



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Lebenshilfe Schwerin e. V.**,
Perleberger Str. 22, 19063 Schwerin.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Straße.....

PLZ, Wohnort

Telefon..... E-Mail.....

Beruf..... Geburtsdatum.....

Folgende Angaben zum behinderten Angehörigen sind freiwillig:

Name, Vorname Geburtsdatum.....

Mein Sohn / meine Tochter / mein Angehöriger besucht die

.....
(Name der WfbM, Schule o.ä.)

Mindestbeiträge lt. Beitragsordnung:

- 50,- € für Mitglieder
- 5,- € für Mitglieder mit Handicap
- 25,-€ für Ehepartner eines Mitglieds

Der Beitragszahlung ist nach oben keine Grenze gesetzt.

Ich verpflichte mich zur Zahlung von jährlich:

EUR

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

(ggf. Unterschrift d .gesetzlichen Vertreters)

Bitte füllen Sie auch die SEPA-Einzugsermächtigung auf der Rückseite aus

