

---

## BEITRITTSERKLÄRUNG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Kreisvereinigung Schwerin e. V.**, Perleberger Str. 22, 19063 Schwerin.

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.)

Ich verpflichte mich zur Zahlung von jährlich:

EUR

Mindestbeiträge lt. Beitragsordnung:

- EUR 31,00 für Mitglieder
- EUR 5,00 für Mitglieder mit geistiger Behinderung
- EUR 20,00 für den Ehepartner eines Mitglieds

Der Beitragszahlung ist nach oben keine Grenze gesetzt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift)

.....  
(ggf. Unterschrift d. gesetzlichen Vertreters)

---