



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen Darmstadt e.V.

Name Vorname Geburtsdatum

Vorname Familienmitglied Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort E-Mail

Telefon Mobil

☐ Einzelbeitrag 36,00 € ☐ Familienbeitrag 60,00 €

☐ SEPA Lastschriftverfahren: Ich ermächtige den Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen Darmstadt e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000700187) den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut:.....IBAN:.....

Ort, Datum

Unterschrift