

BEITRITTSERKLÄRUNG / EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft zum eingetragenen Verein Behindertenhilfe Westpfalz

Vor- und Zuname

Geb. Datum

Telefon

Straße

Ort

Ich zahle meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ € jährlich. (Mindestbeitrag 24,54 €)

Einzug jährlich halbjährlich

Hiermit ermächtige ich die Behindertenhilfe Westpfalz e. V. widerruflich den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen.

Konto-Nr.

BLZ

Kreditinstitut

Hiermit verpflichte ich mich, die Belange der Behindertenhilfe Westpfalz e. V. nach außen zu vertreten und alles mir Mögliche zu tun, um die Situation Behinderter zu verbessern.

Datum

Unterschrift

Helfen Sie uns, damit wir
unsere Arbeit fortsetzen und
ausbauen können.
Werden Sie Mitglied!