



# Mehr miteinander!

Lebenshilfe OV Pinneberg  
und Umgebung e.V.



**Lebenshilfe OV Pinneberg e.V.**  
Schulstr. 5 · 25482 Appen  
Telefon 04101 / 40 61 00  
ortsverein@lebenshilfe-pinneberg.de  
www.lebenshilfe-pinneberg.de

**Mut machen**

**Mitmachen**

**Möglich machen**

## Beitrittserklärung

Ich / wir erkläre(n) hiermit meinen / unseren Beitritt zur  
**Lebenshilfe für Behinderte e.V.**  
**Ortsvereinigung Pinneberg und Umgebung.**

Ich bin / wir sind bereit, einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € zu zahlen.

Der **Mindestbeitrag** beläuft sich zur Zeit auf **35,00 €**.

Der **Mitgliedsbeitrag für behinderte Menschen** beträgt **8,00 €**.

Eine Spendenbescheinigung wird am Anfang des Folgejahres auf Wunsch ausgestellt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Rückseite: SEPA-Lastschriftmandat

(hiermit ermächtigen Sie den Verein, die fälligen Mitgliedsbeiträge von Ihrem Konto einzuziehen)

1. Vorsitzende: Evelyn Jungermann

Bankverbindungen: VR Bank Pinneberg IBAN DE13 2219 1405 0000 3636 61 · BIC GENODEF1PIN

Sparkasse Südholstein IBAN DE41 2305 1030 0002 4245 47 · BIC NOLADE21SHO



# Mehr miteinander!

Lebenshilfe OV Pinneberg  
und Umgebung e.V.



**Lebenshilfe OV Pinneberg e.V.**  
Schulstr. 5 · 25482 Appen  
Telefon 04101 / 40 61 00  
ortsverein@lebenshilfe-pinneberg.de  
www.lebenshilfe-pinneberg.de

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Lebenshilfe für Behinderte e.V.,  
Ortsvereinigung Pinneberg und Umgebung  
Schulstr. 5  
25482 Appen

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00000372413**

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

Name des Mitglieds: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Lebenshilfe für Behinderte e.V.,  
Ortsvereinigung Pinneberg und Umgebung, den Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
jährlich zum 01.07. eines jeden Jahres (Mindestbeitrag jährlich 35,00 €) von meinem / unserem  
Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn der 01.07. auf ein Wochenende oder einen Feiertag  
fällt, erfolgt der Einzug am nächsten Bankarbeitstag.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem  
Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei  
die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name und Vorname  
des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Ort: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift