



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur
Lebenshilfe für Menschen mit Behinderungen Bezirk Bruchsal-Bretten e. V.

- Einzelmitglieder zahlen einen Mindestbeitrag von 30,00 € pro Jahr. Auf freiwilliger Basis kann von ihnen ein höherer Jahresbeitrag bezahlt werden. Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von _____ Euro steuerbegünstigt zu entrichten (Mindestbeitrag pro Jahr 30,00 €)
- Ehepaare können im Rahmen einer Familienmitgliedschaft einen ermäßigten Jahresbeitrag in Höhe von 50,00 € in Anspruch nehmen. Kinder bis 18 Jahre sind inbegriffen.
- Menschen mit Behinderung als Mitglieder des Vereines zahlen einen ermäßigten Jahresbeitrag in Höhe von 10,00 €.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail Adresse _____

Angaben zur Person

- Elternteil Geschwisterteil Stadt oder Gemeinde Fördermitglied
 Personal gesetzlicher Betreuer behinderter Mensch Einzelmitglieder

Der Verein benötigt zur Erfüllung seiner Zwecke die personenbezogenen Daten seiner Mitglieder. Unter Beachtung der Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie des Bundesdatenschutzgesetzes werden personenbezogene Daten der Mitglieder im Verein verarbeitet. Jedes Vereinsmitglied hat das Recht auf Auskunft über die zu seiner Person gespeicherten Daten, Berichtigung der Daten, sofern diese unrichtig sind, Sperrung der Daten, wenn deren Richtigkeit nicht feststeht, Löschung der Daten, wenn die Speicherung unzulässig war oder wird, z. B. bei Austritt aus dem Verein (Recht auf Vergessenwerden), Bereitstellung dieser Daten in einem gängigen Format (Recht auf Datenübertragung), Art. 20 DS-GVO.

Ort, Datum, Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE51ZZZ00000246886 Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger, Lebenshilfe Bruchsal-Bretten e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Jährlich wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum, Unterschrift

**Lebenshilfe für Menschen
mit Behinderungen
Bezirk Bruchsal-Bretten e. V.**

Im Fuchsloch 5
76646 Bruchsal

www.lebenshilfe-bruchsal.de