

Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

lvkm-sh.
Landesverband für körper- und
mehrfachbehinderte Menschen
Schleswig-Holstein e. V.
Boninstr. 3 - 7
24114 Kiel

Name _____ E-Mail _____
Vorname _____ Telefon _____
Straße _____ Handy _____
PLZ _____ Ort _____ Geburtsdatum _____

- Ich habe selbst eine Behinderung.
 Ich habe ein Kind mit Behinderung.
 Ich habe einen Partner mit Behinderung.

Hinweis: Die o.g. Daten werden gespeichert
und unter Beachtung des Datenschutzgesetzes
für die vereinsinterne Verwendung verarbeitet
(Zeitschriftenversand/Schriftverkehr).

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 36,-- € und ist jeweils am **15.05.** des Jahres fällig.

Ich zahle: S = 36,-- €
(bitte ankreuzen) M = 50,-- €
 L = 75,-- €
 XL = _____ €

Bankverbindung:
Förde Sparkasse
IBAN: DE41 2105 0170 0011 0071 76
BIC: NOLADE21KIE

Bitte überweisen Sie jährlich rechtzeitig zum 15.05. (Sie erhalten keine Rechnung) oder füllen Sie einfach beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat aus, dann ziehen wir den Betrag ein und Sie müssen sich um nichts kümmern.

Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

Landesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Schleswig-Holstein e. V. (lvkm-sh)
Boninstr. 3 – 7
24114 Kiel
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000191155

Mandatsreferenz: Name, Vorname

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 36,-- € und wird am 15.05. jedes Jahres eingezogen.

Ich zahle: 36 € 50 € 75 € € (bitte ankreuzen)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger lvkm-sh, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger lvkm-sh auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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	
<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung	<input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)	Land
	DE
IBAN des Zahlungspflichtigen	
DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift des Kontoinhabers