



# Mitglieder werben Mitglieder

Empfehlen Sie die Lebenshilfe weiter und erhalten Sie ein Dankeschön.

## Meine Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Meine Prämie:  Notizbuch  keine Prämie gewünscht



## Daten Neumitglied

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu der Vereinigung  
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Orts- und Kreisvereinigung Worms-Alzey e.V.

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

(\*bei Angabe erhalten Sie unsere Informationen und Rundbriefe per Mail)

Ich bin:  Elternteil  Förderer/Förderin  Mitarbeiter:in

Ich möchte folgenden Jahresbeitrag zahlen:

42,00 €  60,00 €  \_\_\_\_\_ €

Ab 2. Familienmitglied:  \_\_\_\_\_ € (Mindestbetrag 30,00 €)

Ich wünsche jährliche Abbuchung jeweils zum 15. Februar

Ich wünsche halbjährliche Abbuchung jeweils zum  
15. Februar und 15. August

## Datenschutzhinweis

Die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Orts- und Kreisvereinigung Worms-Alzey e.V. erhebt und verwendet Ihre hier angegebenen Daten für Vereinszwecke. Ferner verwenden wir Ihre Anschrift und E-Mail-Adresse für weitere Informationen über Aktivitäten und Fördermöglichkeiten. Dieser werblichen Nutzung können Sie jederzeit widersprechen, per E-mail an [info@lebenshilfe-worms.de](mailto:info@lebenshilfe-worms.de) oder an die Anschrift der Lebenshilfe Worms. Generell erfolgt keine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte für Werbezwecke.

Ich habe den Datenschutzhinweis gelesen und bin damit einverstanden.

Unterschrift des / der Antragstellers / Antragstellerin:

\_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Worms-Alzey e.V.,  
Kurfürstenstr. 1-3, 67549 Worms, Gläubiger-Identifikationsnummer:  
DE96ZZZ00000247337, Mandatsreferenz (wird von der Lebenshilfe  
festgelegt)

ab Datum: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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: Wiederkehrende Zahlung

Kontoinhaber:in: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift des / der Kontoinhabers / Kontoinhaberin:

\_\_\_\_\_

Bitte Mitgliedsantrag ausgefüllt zurücksenden. Lebenshilfe Worms · Kurfürstenstr. 1-3,  
67549 Worms · Fax 06241 508333 Haben Sie Fragen? Wir sind für Sie da!  
Tel.: 06241 508110 · [info@lebenshilfe-worms.de](mailto:info@lebenshilfe-worms.de) · [www.lebenshilfe-worms.de](http://www.lebenshilfe-worms.de)