

**Lebenshilfe Aichach-Friedberg
St.-Elisabeth-Str. 1**

86551 Aichach

BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich werde Mitglied bei der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung,
Kreisvereinigung Aichach-Friedberg e.V.**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Straße:

PLZ:

Ort:

Mitgliedsbeitrag jährlich Euro:

(Mindestbetrag 36,00 Euro)

Ich bin mit der Abbuchung des Beitrags jährlich widerruflich von meinem Konto

IBAN:

BIC:

Bank:

einverstanden.

Datum

Unterschrift