Beitrittserklärung

Arbeitskreis Hilfe für Behinderte
Bad Salzuflen e.V.

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Arbeitskreis Hilfe für Behinderte Bad Salzuflen e.V..

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von **30,00 €** zu zahlen (Mindestbetrag).
Der Beitrag ist jährlich im Voraus zu entrichten.
Beitragsjahresbeginn ist der Zeitpunkt des Eintritts!

IBAN: DE39 4825 0110 0000 0113 04 **BIC:** WELA DED1LEM

Name: _____

Beruf: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

_____
Datum, Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Mitgliedsbeiträgen per Lastschrift

Anschrift der Vereinigung (Zahlungsempfänger)
Arbeitskreis Hilfe für Behinderte Bad Salzuflen e.V.
Bonhoefferstraße 3, 32107 Bad Salzuflen
Telefon (0 52 22) 2 39 89 20

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

_____
Datum, Unterschrift