



**Arbeitskreis Hilfe
für Behinderte**
Bad Salzuflen e.V.

Beitrittserklärung

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.
Teichsheide 14a, 33609 Bielefeld
Telefon (0160) 97 33 68 38

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Name: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ & Ort: _____

Datum, Unterschrift

