



# Lebenshilfe

für Menschen mit geistiger Behinderung  
Ortsvereinigung Solingen e. V.

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ: .....

Vorname: .....  
Telefon: .....  
Ort: .....

Lebenshilfe  
für Menschen mit geistiger Behinderung  
Ortsvereinigung Solingen e.V.  
Freiheitstraße 9 - 11  
42719 Solingen

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage(n) ich / wir die Mitgliedschaft bei der

### **Lebenshilfe für geistig Behinderte, Ortsvereinigung Solingen e.V.**

als  Eltern,  Angehörige(r),  Förderer

Um die Ziele des Vereins zu unterstützen, verpflichte(n) ich mich /wir uns zur Zahlung eines Jahresbeitrages von

EUR 41,00 \* oder anderen Betrag  EUR.....

\* (Der **Mindestbeitrag je Mitglied beträgt 41,00 EUR** Der Verein ist vom Finanzamt Solingen-West als gemeinnützige anerkannt. Der Beitrag ist eine Spende i.S. § 5 (1) Ziffer 9 des Körperschaftssteuergesetzes.)

Solingen, den .....  
(Unterschrift)

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige(n) ich / wir die

### **Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Ortsvereinigung Solingen e.V.** **Freiheitstraße 9-11, 42719 Solingen**

den jeweils fälligen Jahresbeitrag von meinem / unserem Konto

Konto Nr.: ..... Bankleitzahl: .....  
Kreditinstitut: .....

abzubuchen. Diese Ermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Änderungen der Bankverbindung werde(n) ich / wir unverzüglich dem Verein mitteilen.

Solingen, den .....  
(Unterschrift)