

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

**Lebenshilfe für Menschen  
mit geistiger Behinderung**  
Ortsvereinigung Solingen e.V.  
Freiheitstraße 9-11  
42719 Solingen  
Telefon: 0212 - 5995 0  
Telefax: 0212 - 5995 100  
info@lebenshilfe-solingen.de  
www.lebenshilfe-solingen.de

**Sekretariat**  
Freiheitstraße 9-11  
42719 Solingen

**Durchwahl: 0212 – 5995 101**  
**Direktfax: 0212 – 5995 100**  
**info@lebenshilfe-solingen.de**

### Antrag auf Mitgliedschaft bei der Lebenshilfe Solingen

Ich beantrage meine Aufnahme als  Elternteil, Angehörige/r, Sorgeberechtigte/r  
 förderndes Mitglied

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon / E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Antragstellers

Ich zahle einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ Euro (Mindestbeitrag 41,00 Euro).

Der Verein ist vom Finanzamt Solingen-West als gemeinnützig anerkannt. Der Beitrag ist eine  
Spende i.S. § 5 (1) Ziffer 9 des Körperschaftssteuergesetzes.

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, Ortsvereinigung Solingen  
e.V., den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Bank, IBAN, BIC

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des  
belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten  
Bedingungen. Änderungen der Bankverbindung werde ich dem Verein mitteilen.