



Verein für Menschen mit Körperbehinderung Spastikerverein Kreis Lörrach e. V.

Auhof 2 79585 Steinen
Telefon 07626 / 9748074
www.vmk-loerrach.de - E-Mail info@vmk-loerrach.de

Beitrittserklärung

Ich erkläre mich hiermit bereit als

☐ Eltern / Geschwister ☐ Betroffener ☐ Fördermitglied

dem

Verein für Menschen mit Körperbehinderung *Spastikerverein* Kreis Lörrach e.V.

beizutreten.

Name, Vorname _____

Ggf. Vorname des Ehepartners _____

Strasse _____

Postleitzahl / Wohnort _____

Email _____

Telefon _____

Name des Familienmitglieds mit Behinderung _____

Geburtstag _____

Art der Behinderung _____

Die Mitgliederzeitschrift unseres Bundesverbandes bvkm kann kostenfrei bezogen werden.

☐ Ja, bitte schicken Sie mir „DAS BAND“ zu

☐ Nein

Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 30 € pro Jahr.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein für Menschen mit Körperbehinderung *Spastikerverein* Kreis Lörrach e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

_____ €

von meinem Konto abzubuchen. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Datum, Unterschrift (en) _____

Als jährlichen Beitrag werde ich spätestens zum 30.06. d.J.

€ _____ in Worten _____ überweisen

Datum, Unterschrift (en) _____