



# Lebenshilfe

**für Menschen mit Behinderung Stadt u. Landkreis Hof e.V.**

Am Lindenbühl 10  
95032 Hof  
Tel: 09281/75520 Fax: 09281/54193  
e-mail: [info@lebenshilfe-hof.de](mailto:info@lebenshilfe-hof.de)  
Internet: [www.lebenshilfe-hof.de](http://www.lebenshilfe-hof.de)

---

## **Beitrittserklärung**

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein  
„Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Stadt und Landkreis Hof e.V.“.

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von ..... zu zahlen.  
(steuerbegünstigt, Mindestbeitrag 25,00 pro Jahr, für Behinderte 5,00 )

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## **Einzugsermächtigung von Mitgliedsbeiträgen**

Hiermit ermächtige ich die „Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Stadt und Landkreis Hof e.V.“, Am Lindenbühl 10, 95032 Hof, widerruflich, den Jahresbeitrag

in Höhe von .....

bei dem u. g. Geldinstitut mittels Lastschrift einzuziehen.

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_