



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verein zur Förderung von Menschen mit Behinderungen Darmstadt e.V.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Vorname Familienmitglied	Geburtsdatum
--------------------------	--------------

PLZ, Ort

Straße

Telefon	Mobil	E-Mail
---------	-------	--------

Einzelbeitrag 36,00 €

Familienbeitrag 60,00 €

Ort, Datum

Unterschrift



Verein zur Förderung

von Menschen mit Behinderungen Darmstadt e.V.

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich / wir Sie widerruflich, den von mir/ uns zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres

Kontos mit der IBAN-Nummer: _____

bei der _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Roßdorf, Datum

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen