



**Lebenshilfe**  
Lippstadt

**Lebenshilfe für Behinderte  
Lippstadt e. V.**  
Kreisvereinigung Soest  
Mastholter Straße 46  
59555 Lippstadt

Tel.: 02941 9670-0  
Fax: 02941 9670-70

www.lebenshilfe-lippstadt.de  
info@lebenshilfe-lippstadt.de

**Bankverbindung**  
Sparkasse Lippstadt  
IBAN DE39 4165 0001 0000 0025 43  
BIC WELADED1LIP

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Vereinigung „**Lebenshilfe für Behinderte Lippstadt e.V.**“

Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von EURO \_\_\_\_\_ zu zahlen  
(Mindestbeitrag 25,- Euro jährlich).

**Name/Vorname** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

Eine Spendenbescheinigung wird auf Wunsch umgehend zugesandt.

**Lebenshilfe für Behinderte Lippstadt e. V.**  
Gläubiger-ID DE 37ZZZ00000420283

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die **Lebenshilfe für Behinderte Lippstadt e. V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Lebenshilfe für Behinderte Lippstadt e. V.** auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Name/Anschrift** \_\_\_\_\_

**Kreditinstitut (Name und BIC)** \_\_\_\_\_

**IBAN**

**D E**

**BIC** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift



**Lebenshilfe Lippstadt e.V.**  
Mastholter Straße 46  
59555 Lippstadt



**VIELEN DANK**  
FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG