

Antrag bitte beidseitig ausfüllen/unterschreiben und zurücksenden an: mitmachen@lebenshilfe-bremen.de
oder per Post an:

Lebenshilfe Bremen e.V.

Geschäftsführung

Waller Heerstraße 55

28217 Bremen

Ich möchte Mitglied werden im Verein Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Bremen e.V.:

- als Elternteil eines Kindes mit Behinderung (Mutter oder Vater)
- als sonstiger Angehöriger eines Menschen mit Behinderung (z.B. Geschwister oder Großeltern)
- als Mensch mit Behinderung / Selbstvertreter*in
- als Fördermitglied

Ihre persönlichen Daten:

Name, Vorname	<input type="text"/>	Titel *	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Geburtsdatum *	<input type="text"/>
Beruf *	<input type="text"/>		

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Lebenshilfe Bremen e.V. zu meiner Mitgliedschaft kontaktieren und mir auf dem Postweg und/oder an meine E-Mail-Adresse Informationen und Neuigkeiten aus dem Verein zustellen darf. Die Lebenshilfe Bremen e.V. behandelt meine Daten vertraulich und wird diese nur im Einklang mit aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen nutzen. Meine Daten werden dafür von der Lebenshilfe Bremen e.V. zum Zwecke der Verwaltung meiner Mitgliedschaft sowie ergänzender Serviceleistungen (z.B. Versand der Mitgliederzeitung) in einer Mitgliederdatei gespeichert. Die Satzung des Vereins habe ich gelesen und erkenne diese im Falle einer Aufnahme durch den Vorstand an.

Datum, Unterschrift

Ihr Mitgliedsbeitrag:

Der Mindestbeitrag pro Jahr beträgt zur Zeit **35,00 Euro**. Darüber hinaus können Sie die Arbeit der Lebenshilfe Bremen mit einer zusätzlichen jährlichen Spende unterstützen.

Mein persönlicher Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt insgesamt:

Kontoinhaber

IBAN

BIC

bei Kreditinstitut

Mit der Angabe meiner Bankverbindung ermächtige ich die Lebenshilfe Bremen e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlung mittels SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto einzuziehen. Innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum kann die Erstattung des belasteten Betrages von mir verlangt werden. Sollte mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweisen, um eine Lastschrift einzulösen, werden hierfür möglicherweise anfallende Gebühren seitens des kontoführenden Kreditinstituts durch die Lebenshilfe Bremen e.V. in Rechnung gestellt.

Datum, Unterschrift

*Angaben zu Ihrem Familienmitglied mit Behinderung: **

Name, Vorname

Geburtsdatum

Form der Behinderung

*Nutzen Sie oder Ihr Familienmitglied bereits Angebote der Lebenshilfe Bremen? **

*Wie sind Sie auf die Lebenshilfe Bremen aufmerksam geworden? **

*Haben Sie Wünsche oder Anregungen an die Lebenshilfe Bremen? **