

Mittendrin statt nur dabei.

Als gemeinnütziger Verein setzt sich die Lebenshilfe Aalen für die Interessen von Menschen mit Behinderung und ihrer Familien ein.

Unsere Tätigkeitsfelder

- Beratungsstelle & Fachdienste
- Inklusive Kindertagesbetreuung
- Ambulante Dienste
- Wohnen & Tagesstruktur
- Begleitete Elternschaft & Erziehungshilfen
- Begegnungsstätte

Unterstützen Sie unsere Arbeit mit Ihrer Mitgliedschaft – vielen Dank!

Ich/wir erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zur **Lebenshilfe Aalen e. V.** als

- Mitglied mit (geistiger) Behinderung (Mindestbeitrag 10,00 Euro pro Jahr)
- Eltern-/Angehörigenmitglied (Mindestbeitrag 40,00 Euro pro Jahr)
- Fördermitglied (Mindestbeitrag 40,00 Euro pro Jahr)

Name
ggfs. Firma/Institution

Geburtsdatum (freiwillig)

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

ggfs. Name und Geburtsdatum des Kindes/Angehörigen mit Behinderung

Bitte überweisen Sie Ihren Jahresbeitrag an nachfolgend genannte Konten oder füllen Sie die beigefügte Einzugsermächtigung aus.

Bankverbindung

Kreissparkasse Ostalb
VR-Bank Aalen

IBAN: DE16 614 500 50 0110 0170 00
IBAN: DE49 614 901 50 0136 1200 08

BIC: OASPDE6AXXX
BIC: GENODES1AAV

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer der Lebenshilfe Aalen e. V.

DE64ZZZ00000934188

Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt

- Mandat für einmalige Zahlung
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen

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

Für Privatkunden: Mit einer Fristverkürzung der Mitteilung über die Höhe der von mir zu zahlenden Beträge und den Fälligkeitstag (Vorabankündigung) auf einen Tag bin ich einverstanden.

Für Firmenkunden: Eine Vorabankündigung ist nicht erforderlich (vgl. Gemeinsame Grundsätze für die Übermittlung der Beitragsnachweise nach § 28b Abs. 2 SGB IV).

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 des Kreditinstituts des Zahlers	
BIC	
IBAN	
Bezeichnung des Kontoinhabers	
Ordnungsbegriff (Buchungsnummer/KV-Nummer)	
Anschrift des Kontoinhabers	
Straße	Haus-Nr.
Postleitzahl	Ort

Datum, Ort und Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte nur ausfüllen, wenn der Kontoinhaber vom Zahlungspflichtigen abweicht:
Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das Versicherungsverhältnis/den Vertrag mit:

Name	Vorname
Versicherungsnummer/Aktenzeichen	

Ich werde die Lebenshilfe Aalen e. V. informieren, wenn sich die Angaben ändern sollten.