

## Beitrittserklärung

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum

**lvkm-sh.**  
**Landesverband für körper- und**  
**mehrfachbehinderte Menschen**  
**Schleswig-Holstein e. V.**  
**Boninstr. 3 - 7**  
**24114 Kiel**

Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- ☐ Ich habe selbst eine Behinderung.  
☐ Ich habe ein Kind mit Behinderung.  
☐ Ich habe einen Partner mit Behinderung.  
☐ \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die o.g. Daten werden gespeichert  
und unter Beachtung des Datenschutzgesetzes  
für die vereinsinterne Verwendung verarbeitet  
(Zeitschriftenversand/Schriftverkehr).

In meinem Haushalt leben insgesamt \_\_\_\_\_ Personen.

*(Diese Angabe ist erforderlich, da die Höhe der Fördermittel u. a. von der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen abhängt.)*

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 36,-- € und ist jeweils am **15.05.** des Jahres fällig.

Ich zahle: ☐ S = 36,-- €  
(bitte ankreuzen) ☐ M = 50,-- €  
☐ L = 75,-- €  
☐ XL = \_\_\_\_\_ €

Bankverbindung:  
Förde Sparkasse  
IBAN: DE41 2105 0170 0011 0071 76  
BIC: NOLADE21KIE

Bitte überweisen Sie jährlich rechtzeitig zum 15.05. (Sie erhalten keine Rechnung) oder füllen Sie einfach beiliegendes SEPA-Lastschriftmandat aus, dann ziehen wir den Betrag ein und Sie müssen sich um nichts kümmern.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger

**Landesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen Schleswig-Holstein e. V. (lvkm-sh)**  
**Boninstr. 3 – 7**  
**24114 Kiel**  
**Deutschland**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000191155  
Mandatsreferenz: Name, Vorname

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 36,-- € und wird am 15.05. jedes Jahres eingezogen.

Ich zahle: ☐ 36 € ☐ 50 € ☐ 75 € ☐ ..... € (bitte ankreuzen)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger lvkm-sh, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger lvkm-sh auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

|                                                            |                                            |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Zahlungsart</b>                                         |                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung | <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung |
| <b>Name</b> des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)         |                                            |
| <b>Anschrift</b> des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)    | Land                                       |
|                                                            | DE                                         |
| <b>IBAN</b> des Zahlungspflichtigen                        |                                            |
| DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                         |                                            |
| Ort, Datum                                                 | Unterschrift des Kontoinhabers             |