



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im

### **Verein für Menschen mit Behinderungen Kreis Olpe e.V.**

Bussardstr. 14, 57368 Lennestadt  
Telefon: 02723/686599

Herr  Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Mitglied ab: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin selber von einer Behinderung betroffen

Ich habe einen behinderten Angehörigen ja  nein

Freiwillige Angaben über den Menschen mit Behinderung:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung:  körperlich behindert  spastisch gelähmt  
 geistig behindert  querschnittsgelähmt  
 sprachbehindert  Muskelerkrankung  
 sehbehindert  Rollstuhlfahrer  
 hörbehindert  sonstige Behinderung

Derzeitige Behinderteneinrichtung: \_\_\_\_\_

Kündigung der Mitgliedschaft mit 6-monatiger Frist zum Ende des Kalender- / Halbjahres.

**Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und Mitgliederbetreuung in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen.**

---

Ort

Datum

Unterschrift

Der Verein ist Mitglied im Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.  
und dem Kreis-Caritasverband Olpe e. V. angeschlossen.

Spendenkonto:

IBAN: DE81460628170062222100

BIC: GENODEM1SMA

# Verein für Menschen mit Behinderungen Kreis Olpe e.V.

## Mitgliedsbeitrag, Einzugsermächtigung und SEPA Lastschriftmandat

Der jährliche Mindestbeitrag beträgt 32 Euro.

Abbuchung gewünscht      jährlich zum 10.01.       halbjährlich zum 10.01. und 10.07.

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA –Lastschriftmandats:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Verein für Menschen mit Behinderungen Kreis Olpe e.V.  
Postfach 0304  
57427 Attendorn

Gläubiger Identifikationsnummer:      DE63BEV00000444550

### Kontodaten des Mitgliedes:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz (nicht ausfüllen, wird vom Verein vergeben): \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto mit der

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

einzuziehen.

### SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für Menschen mit Behinderungen Kreis Olpe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.

Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Kreditinstitut: Volksbank Bigge-Lenne, BIC: GENODEM1SMA, IBAN: DE81 4606 2817 0062 2221 00

---

Ort

Datum

Unterschrift