



Warum Mitglied werden?

Bei der Lebenshilfe Rodenkirchen e. V.

Weil:

...wir gleiche Rechte für alle wollen.

Teil-Habe im Alltag und der Abbau von Barrieren ist ein wichtiger Teil unserer Arbeit.

Menschen mit Behinderung sollen die gleichen Rechte haben.

Und gleiche Möglich-keiten, ihre Ziele und ihr Wohlbefinden zu erreichen

Wie alle anderen auch.

...wir niemanden allein lassen.

Wir achten auf die Menschen, die unsere Unter-stützung brauchen.

Wir helfen da, wo Menschen an ihre Grenzen stoßen und alleine nicht mehr weiterkommen.

...wir jedem ein Zuhause bieten.

Ob in unseren Wohn-häusern, Wohn-gemeinschaften, in der eigenen Wohnung oder bei den Eltern – jeder soll dort leben können, wo er möchte und wie er es am besten kann.

...wir am Ende unter Freunden bleiben.

Alte Menschen mit Behinderung, die keine Angehörigen mehr haben, sollen nicht in Pflege-heimen leben müssen.

Sie sollen bis zum letzten Tag in ihrer vertrauten Umgebung mit Freunden bleiben können.

Und...

...wir dies nicht alleine schaffen können.

Wir brauchen viele aktive Mitglieder, die uns helfen, unsere Ziele zu erreichen

Und um das Verständnis für Menschen mit geistiger Behinderung in die Gesellschaft zu bringen.

Helfen Sie uns.

Werden Sie Mitglied bei der Lebenshilfe Rodenkirchen.

BEITRITTS-ERKLÄRUNG

zur

Lebenshilfe Rodenkirchen e.V. ♦ Wilhelm-Leibl-Straße 1 ♦ 50999 Köln

**Ich möchte mit-machen bei der:
Lebenshilfe Rodenkirchen e. V.
(e. V. heißt ein-getragener Verein)**

Ich zahle dafür:

- 75 € ist der normale Beitrag
oder
 10 €, wenn ich günstiger Mitglied werden darf
oder
 ___ € möchte ich freiwillig be-zahlen

Vorname und Name: _____

Geburts-datum: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon/Telefax: _____

Email-Adresse: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Die Lebenshilfe schreibt eine Quittung, wenn sie Geld bekommt.

Das nennt man Spenden-beschei-nigung.

Man kann die dann dem Finanz-amt geben.

Aber nur, wenn man Steuern zahlt.

Dann bekommt man viel-leicht etwas Geld zurück

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

NAME DES ZAHLUNGSEMPFÄNGERS	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung OV Rodenkirchen e.V.
STRASSE UND HAUSNUMMER	Wilhelm-Leibl-Straße 1
POSTLEITZAHL UND ORT	50999 Köln

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER	DE55ZZZ00000895162
---------------------------------	--------------------

MANDATSREFERENZ (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
---	--

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name s.o.) die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unseren Konto einzuziehen

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige/ wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name s.o.) Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s.o.) auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Hinweis: ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die von meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BETRAG	
--------	--

ZAHLUNGSART:

einmalige Zahlung wiederkehrende Zahlung (monatlich vierteljährlich jährlich)

NAME DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN(KONTOINHABER) _____

ANSCHRIFT DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN (KONTOINHABER)

STRASSE UND HAUSNUMMER	
POSTLEITZAHL UND ORT	

IBAN (max. 22 Stellen)	
------------------------	--

BIC (8 oder 11 Stellen)	
-------------------------	--

ORT:

DATUM:

UNTERSCHRIFT DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN

ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG UND EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

NAME DES ZAHLUNGSEMPFÄNGERS	Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung OV Rodenkirchen e.V.
STRASSE UND HAUSNUMMER	Wilhelm-Leibl-Straße 1
POSTLEITZAHL UND ORT	50999 Köln

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER	DE55ZZZ00000895162
---------------------------------	--------------------

MANDATSREFERENZ (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)	
---	--

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige/wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name s.o.) die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unseren Konto einzuziehen

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT:

Ich ermächtige/ wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name s.o.) Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein /weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s.o.) auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen

Hinweis: ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten die von meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

BETRAG	
--------	--

ZAHLUNGSART:

einmalige Zahlung wiederkehrende Zahlung (monatlich vierteljährlich jährlich)

NAME DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN(KONTOINHABER) _____

ANSCHRIFT DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN (KONTOINHABER)

STRASSE UND HAUSNUMMER	
POSTLEITZAHL UND ORT	

IBAN (max. 22 Stellen)	
------------------------	--

BIC (8 oder 11 Stellen)	
-------------------------	--

ORT:

DATUM:

UNTERSCHRIFT DES ZAHLUNGSPFLICHTIGEN