

VbA-Selbstbestimmt Leben e.V.
Westendstr. 93
80339 München

Antrag auf Mitgliedschaft im VbA-Selbstbestimmt Leben e.V.
(Verbund behinderter ArbeitgeberInnen-Selbstbestimmt Leben e.V.)
Verein zur Förderung selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen
im Sinne der internationalen "Independent Living" Bewegung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im VbA-Selbstbestimmt Leben e.V. als:

- Fördermitglied
- Ordentliches Mitglied (mindestens 70% G.d.B. oder den Vermerk "H" im Schwerbehindertenausweis bzw. offensichtlich schwerbehindert)
- Kooperatives Mitglied einer Vereinigung oder Organisation, die Ziele im Sinne der "Independent Living" Bewegung verfolgt
- Bitte übersenden Sie mir eine Satzung des VbA-Selbstbestimmt Leben e.V.

Name:	.....	Vorname:	.....
Straße:	.....	PLZ/Ort:	.....
Telefon:	.....	Handy:	.....
e-mail:	.....	Beruf:	.....

- Ich wünsche die Zusendung der Newsletter per elektronischer Post
- Die beigefügte Einzugsermächtigung habe ich ausgefüllt
- Den Jahresbeitrag in Höhe von Euro 30,- habe ich auf das Konto des VbA-Selbstbestimmt Leben e.V. bei der Bank für Sozialwirtschaft mit der Nummer **889 1000 / BLZ 700 205 00** überwiesen

Ort, Datum / Unterschrift

zur Erteilung einer Einzugsermächtigung bzw. eines SEPA-Lastschriftmandats

VbA Selbstbestimmt Leben e. V.
Westendstraße 93
80339 München

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000306645

Mandatsreferenz: _____
(K/M (Kunde oder Mitglied) + Verwaltungsnummer; Bsp: K40123)

Vorname und Name (Kontoinhaber/Zahler)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum, Ort und Unterschrift

Telefon / Handy (freiwillig)

E-Mail (freiwillig)

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den VbA Selbstbestimmt Leben e. V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den VbA Selbstbestimmt Leben e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von VbA Selbstbestimmt Leben e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)

IBAN: D E __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __

Hinweise:

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

Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s