

### Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich ab dem \_\_\_\_\_ meinen Beitritt zum  
**Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e. V., HansasträÙe 3, 15234 Frankfurt (Oder)**  
**Vereinsregister Nr. 49 FF**

und ich erkenne die Satzung der Lebenshilfe Frankfurt (Oder) an.

**Der von der Mitgliederversammlung beschlossene Mindestbeitrag**

**pro Jahr beträÙt zur Zeit: 60,00 €**

**ermäÙigt für Menschen mit einer Behinderung ab einem Grad**

**der Behinderung > 50 % 25,00 €**

Ich unterstütze die Arbeit des Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e. V. zusätzlich

mit einer Spende in Höhe von \_\_\_\_\_

Mein Jahresbeitrag beträÙt insgesamt \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschrift

**Falls Sie eine EinzugsermäÙtigung erteilen möchten, füllen Sie bitte das beigegefügte Lastschriftmandat in 2-facher Ausfertigung aus und reichen es bitte mit Ihrem Antrag ein.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Angaben zum behinderten Familienmitglied, sofern zutreffend:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

Frühförderung von/bis: \_\_\_\_\_

Kita o.ä. von/bis: \_\_\_\_\_

Schule von/bis: \_\_\_\_\_

Arbeit ab: \_\_\_\_\_

Andere Einrichtungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf dem Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e.V. aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nutzen Sie bereits andere Angebote des Lebenshilfe Frankfurt (Oder) e. V.?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



