

Verein für Menschen mit Körperbehinderung  
*Spastikerverein* Kreis Lörrach e.V.  
Obermattstr. 5, 79669 Zell i.W.  
Tel. 07625/9584 – E-Mail: [bernhard.klauser@freenet.de](mailto:bernhard.klauser@freenet.de)

---

---

## Beitrittserklärung

---

Ich erkläre mich hiermit bereit

als Eltern

als Betroffener

als Fördermitglied

dem

**Verein für Menschen mit Körperbehinderung Spastikerverein Kreis Lörrach e.V.**

beizutreten.

Name, Vorname

---

Ggf. Vorname des Ehegatten

---

Postleitzahl/Wohnort/Stadtteil

---

Strasse

---

Name des Familienmitglieds mit Behinderung

---

Geburtstag:

---

Art der Behinderung

---

Als jährlichen Beitrag werde ich  
Euro \_\_\_\_\_ in Worten \_\_\_\_\_ überweisen.

Der Mindestbeitrag beträgt 30,00 EURO und beinhaltet den Bezug der Zeitschrift „Das Band“

Datum, Unterschrift(e)n

---

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein für Menschen mit Körperbehinderung Spastikerverein Kreis Lörrach e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto abzubuchen. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Kontonummer

---

bei

---

BLZ

---

Konteninhaber

---

Datum, Unterschrift (en)

---