

## Beitrittserklärung

JA, ich möchte Mitglied der Lebenshilfe Delitzsch e.V. werden

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.datum: \_\_\_\_\_

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

Telefon/email: \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 30,00 € / Jahr.

Ich möchte die Lebenshilfe Delitzsch e.V. ehrenamtlich unterstützen      Ja                      Nein

Ich bin

- Angehöriger
- Mensch mit Behinderung
- Unterstützer der Lebenshilfe

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten aus Gründen der Mitgliederverwaltung erhoben, verarbeitet und genutzt bzw. gespeichert werden. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist ausgeschlossen. Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden

Datum

Unterschrift