



Selbstbestimmt Wohnen für Behinderte e.V.  
Kochstraße 10  
34121 Kassel  
E-Mail: SWfB-Kassel@gmx.de  
Homepage: swfb-kassel.de  
Tel: 0162 27 855 29

---

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied im Verein  
**Selbstbestimmt Wohnen für Behinderte e.V.**

Name: _____	Vorname: _____
Geb.- Datum: _____	Straße: _____
PLZ: _____	Ort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 60,-€.

Der Beitrag für das aktuelle Jahr ist innerhalb von 14 Tagen nach Beitrittserklärung auf das Bankkonto des Vereins zu überweisen:

### **Selbstbestimmt Wohnen für Behinderte e.V.**

IBAN: **DE18 5205 0353 0011 8206 19**

BIC: **HELADEF1KAS**

Buchungstext: **Mitgliedsbeitrag JJJJ/ Name, Vorname**

Oder kann über beigefügte SEPA-Lastschrift jährlich eingezogen werden. Dazu bitte ergänzend das beigefügte Formular ausfüllen und mit der Beitrittserklärung an den Verein zurücksenden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)



Selbstbestimmt Wohnen für Behinderte e.V.  
Kochstraße 10  
34121 Kassel  
E-Mail: SWfB-Kassel@gmx.de  
Homepage: swfb-kassel.de  
Tel: 0162 27 855 29

---

### **Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE66ZZZ00002044414

Mandatsreferenz: ([Mitgliedsnummer-Jahr] xxxx-JJJJ.)

Ich ermächtige den Verein Selbstbestimmt Wohnen für Behinderte e.V. Kassel, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.02.) jeden Jahres bzw. im Eintrittsjahres am (15.) des auf den Eintritt folgenden Monats fällig.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Adresse:

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Soweit bekannt Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)