

# Beitrittserklärung

**Lebenshilfe Walsrode e.V.**  
Von-Stoltzenberg-Straße 11  
29664 Walsrode



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur  
**Lebenshilfe Walsrode e.V.**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Tel.-Nr.:

PLZ, Ort:

Ich erkläre mich bis auf Widerruf bereit, einen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ € zu zahlen.

Der Mindestbeitrag beträgt zurzeit laut Beschluss der Mitgliederversammlung 12,00 € pro Jahr.