

Ihr Zeichen:  
Ihre Nachricht vom:  
Unser Zeichen:  
Unsere Nachricht vom:

## Beitrittserklärung Lebenshilfe Landkreis Oder Spree e. V.

Datum:

Hiermit erkläre ich den Beitritt zu der Vereinigung

### Lebenshilfe Landkreis Oder Spree e. V.

- als Elternteil eines behinderten Kindes  
 als Angehörige/r eines Behinderten  
 als Freund-Förderer Behinderter

**Beitritt ab (Jahr).....**

Ich bin bereit den Jahresbeitrag in Höhe von **35,00 €** zu zahlen

### Antragsteller/in:

Name: ..... Vorname: .....

Tätigkeit: ..... Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

Telefon: ..... Arbeitsstelle-Ort:.....

### Angaben – Behinderter Angehöriger

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift - falls vom Antragsteller abweichend: .....

Ort, Datum

Unterschrift-Antragsteller/in