

# Behindertenverband Saale-Orla-Kreis e. V.

Sitz: Oettersdorfer Str. 18a, 07907 Schleiz  
Tel.: (03663) 42 28 86



## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000431288**  
**Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

Hiermit ermächtige ich den Behindertenverband SOK e. V., den Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

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

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

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

jährlich zum 01.03. in Höhe von 24,00€.

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

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

## Aufnahmeantrag

In Anerkennung der Satzung des Behindertenverbandes  
Saale-Orla-Kreis e. V. beantrage ich die Aufnahme als Mitglied.

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

geb. am: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Tel. privat: \_\_\_\_\_ Mobil.: \_\_\_\_\_

Grad und Merkzeichen der Behinderung (einschließlich Art):  
\_\_\_\_\_

Interessen: \_\_\_\_\_

Aufnahmespende einmalig: \_\_\_\_\_ €

Mitgliedsbeitrag monatl./jährl.: \_\_\_\_\_ €

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_