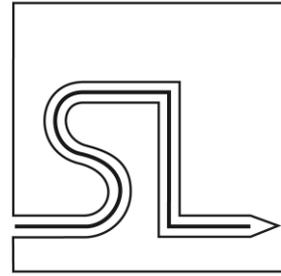


# Beitrittserklärung



BEHINDERTER KÖLN e.V.  
POHLMANSTR. 13  
50735 KÖLN

selbstbestimmt leben

**Ich möchte die Arbeit des „Selbstbestimmt Leben“ Behinderter Köln e.V. gerne unterstützen**

- und Mitglied werden. Der jährliche Beitrag beträgt 30 €.**
- Ich habe einen nachgewiesenen Grad der Behinderung (laut Satzung sind nur Menschen mit Behinderung stimmberechtigt).**
- und mit einem Beitrag von \_\_\_\_\_ Fördermitglied werden  
(Mindest-Förderbeitrag: 70 €).**

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Straße**

\_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort**

\_\_\_\_\_  
**E-Mail**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

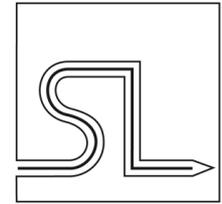
\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum, Unterschrift**

**MITGLIED DER ISL E.V. UND  
DES PARITÄTISCHEN**

**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00  
BIC: BFSWDE33XXX

# Zahlungsweise

- Ich richte für meinen Mitgliedsbeitrag einen Dauerauftrag ein.
- Ich erteile „Selbstbestimmt Leben“ Behinderter Köln e.V. ein SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung).



BEHINDERTER KÖLN e.V.  
POHLMANSTR. 13  
50735 KÖLN

selbstbestimmt leben

## Kombimandat zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

**Selbstbestimmt Leben Behinderter Köln e.V. Pohlmanstr. 13  
50735 Köln**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00000834743

\_\_\_\_\_  
**Name**

\_\_\_\_\_  
**Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Straße**

\_\_\_\_\_  
**PLZ/Wohnort**

### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige/Wir ermächtigen „**Selbstbestimmt Leben**“ **Behinderter Köln e.V.** widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen. Die Lastschrift erfolgt jährlich zum 1. März.

### 2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen „**Selbstbestimmt Leben**“ **Behinderter Köln e.V.**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir

\_\_\_\_\_  
**MITGLIED DER ISL E.V. UND  
DES PARITÄTISCHEN**

\_\_\_\_\_  
**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00  
BIC: BFSWDE33XXX

unser Kreditinstitut an, die von „**Selbstbestimmt Leben**“  
**Behinderter Köln e.V.** auf mein/unser Konto gezogenen  
Lastschriften einzulösen.

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

---

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
**Kreditinstitut des Zahlers (Name und BIC)**

**IBAN:** D E \_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_|\_\_\_\_

---

**Ort, Datum, Unterschrift/en des/der Zahler/s**

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basis-Lastschrift wird mich/uns  
„**Selbstbestimmt Leben**“ **Behinderter Köln e.V.** über den Einzug  
in dieser Verfahrensart unterrichten.

---

**MITGLIED DER ISL E.V. UND  
DES PARITÄTISCHEN**

**Bankverbindung**  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE45 3702 0500 0007 0196 00  
BIC: BFSWDE33XXX