



Seniorenhilfe Langen e. V.
Zimmerstr. 3
63225 Langen

BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein Seniorenhilfe Langen e. V. als aktives passives Mitglied und erkenne die Satzung des Vereins an. Als aktives Mitglied biete ich meine Mitarbeit an für

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Bürodienst | <input type="checkbox"/> 02 Begleitung bei Einkäufen, zum Arzt oder zu Behörden | <input type="checkbox"/> 05 Besuche |
| <input type="checkbox"/> 03 Einkäufe | <input type="checkbox"/> 04 Blumengießen/Hausbetreuung | <input type="checkbox"/> 08 Gartenhilfe |
| <input type="checkbox"/> 06 Begleitung bei Spaziergängen | <input type="checkbox"/> 07 Entlastung der Familie | <input type="checkbox"/> 11 Hauswirtschaftliche Hilfe |
| <input type="checkbox"/> 09 Reparaturhilfe | <input type="checkbox"/> 10 Tierbetreuung | <input type="checkbox"/> 14 Fremdsprachen/Übersetzungen |
| <input type="checkbox"/> 12 Hausaufgabenhilfe | <input type="checkbox"/> 13 Erledigungen mit Pkw | <input type="checkbox"/> 17 Vereinsorganisation |
| <input type="checkbox"/> 15 Schriftwechsel/Formulare | <input type="checkbox"/> 16 Gruppenbetreuung | <input type="checkbox"/> 20 Verteilerdienst |
| <input type="checkbox"/> 18 Kinderbetreuung | <input type="checkbox"/> 19 PC-/Fernseher-/Handy-Beratung | <input type="checkbox"/> 23 Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> 21 Generationsübergr. Projekte | <input type="checkbox"/> 22 Vorlesen | |
| <input type="checkbox"/> 24 Kuchen backen | <input type="checkbox"/> 25 Lesepate/Lesepatin | |

Name, Vorname geb. am Beruf

Straße PLZ, Ort

E-Mail Telefonnummer (privat/dienstlich)

Ort, Datum Unterschrift

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 10,00 Euro im Jahr.

Darüber hinaus spende ich einen einmaligen/jährlichen Förderbeitrag in Höhe von Euro.

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige die Seniorenhilfe Langen e. V., mit der Ident-Nr. DE22ZZZ00000065048 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Ich erteile meinem Kreditinstitut die Anweisung, diese Lastschrift einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen im Einklang mit den vereinbarten Bedingungen meines Kreditinstitutes.

IBAN: DE

Ort, Datum Unterschrift