

Beitrittserklärung

zum Deutschen Verband der Leitungskräfte
der Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Fax: 05121/289 28 79



Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	
Geburtsdatum:	
Bundesland:	
Funktion:	
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Teilstationär
<input type="checkbox"/> Vollstationär	<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe *)

RECHNUNGSANSCHRIFT:

Person/Institution:	
Straße:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	Telefax:

GEWÜNSCHTE ZAHLUNGSART:

Lastschriftverfahren:	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich
Kontoinhaber:		
IBAN:	<input type="text"/>	
BIC:		

Ort/Datum:
Unterschrift:

*) Mehrfachnennung möglich