



# BEITRITTSERKLÄRUNG

## Landesverband Aphasie und Schlaganfall



**Geschäftsstelle (LVAUS-BW) : Leobener Strasse 30, 70469 Stuttgart**

Tel.: 0711 / 81 40 30, Fax: 0711 / 81 40 32, e-mail: lvausbw@t-online.de, www.aphasie-schlaganfall-bw.de

Ich besuche die Selbsthilfegruppe in: \_\_\_\_\_

Ich werde Mitglied beim LVAUS-BW: Zutreffendes bitte ankreuzen (Bei Doppelmitgliedschaften ist das 2. Mitglied beitragsfrei)	Name	Name
	Vorname	Vorname
	Straße	Straße
	PLZ Ort	PLZ Ort
	Telefon	Telefon
	Fax	Fax
Ich bin :	email-Adresse	email-Adresse
	Geburtsstag	Geburtsstag
	(Familienverhältnis)	(Familienverhältnis)
	Bundesland	Bundesland
<input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft		
<input type="checkbox"/> Doppelmitgliedschaft		
<input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft		
<input type="checkbox"/> Patenschaft		
<input type="checkbox"/> Zeitschrift		

Ich habe noch keinen Ansprechpartner. Bitte nennen Sie mir eine Kontaktadresse in meiner Nähe

Ich wurde auf den LVAUS-BW aufmerksam durch : \_\_\_\_\_

Mit meinem Beitritt zum Landesverband Aphasie und Schlaganfall Baden-Württemberg e.V. (LVAUS-BW) erkläre(n) ich mich/wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes. Kündigung ist zum Ende eines Kalenderjahres möglich.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

### BEITRAGSHÖHE

- Ich zahle den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50,00 Euro ( inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“). Bitte beachten Sie, dass nur natürliche Personen Mitglied werden können.
- Ich will den LVAUS-BW als Fördermitglied besonders unterstützen und zahle deshalb bis auf schriftlichen Widerruf einen erhöhten Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro. Fördermitglied können auch juristische Personen, z.B. Gesellschaften und Körperschaften werden.
- Ich kann nur einen jährlichen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro leisten. (Bitte kurz begründen!) In begründeten Ausnahmefällen kann auf Antrag eine Beitragsbefreiung gewährt werden.
- Ich übernehme für oben genannte Person(en) die Patenschaft und bezahle
- den Mitgliedsbeitrag von 50,00 Euro  \_\_\_\_\_ Euro
- Ich möchte die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ zum Preis von jährlich 20,00 Euro abonnieren.

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Den Mitgliedsbeitrag bitte ich jährlich von meinem/ unserem Girokonto / Postbankkonto durch Lastschrift einzuziehen.

BLZ \_\_\_\_\_

Konto-Nr.

bei \_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des Kreditinstituts / der Postbank)

Name  
des Kontoinhabers

Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kontoinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

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

Unterschrift