



# BEITRITTSERKLÄRUNG Bundes- und Landesverband



Bundesverband für die  
Rehabilitation der Aphasiker e.V.

- Bundesverband Aphasie e.V. -

Bundesgeschäftsstelle:  
Klosterstraße 14  
97084 Würzburg  
Tel.: 0931/250130-0  
Fax: 0931/250130-39  
E-Mail: [info@aphasiker.de](mailto:info@aphasiker.de)  
Internet: [www.aphasiker.de](http://www.aphasiker.de)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ **Ordentliches Mitglied**

☐ **Fördermitglied**

☐ Ich werde betreut vom Aphasie-Zentrum in:  
(Stempel erforderlich)

*Bayerischer Landesverband für die  
Rehabilitation der Aphasiker (BLRA) e.V.*

☐ Ich besuche die Selbsthilfegruppe in:

☐ Ich habe noch keine Ansprechpartner.  
Bitte nennen Sie mir eine Kontaktperson in  
meiner Nähe.

☐ Ich wurde auf den BRA aufmerksam durch:

☐ Ich bin **Betroffene(r)** und erkläre  
hiermit meinen Beitritt zum  
Bundesverband Aphasie, sowie  
zum jeweiligen Landesverband.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Bundesland:

☐ Ich bin **Angehörige(r)** des  
vorgenannten Mitgliedes.

☐ Ich bin **Therapeut(in)**.

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Bundesland:

Mit meinem Beitritt zum Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V. (BRA)-  
Bundesverband Aphasie e.V., sowie zum jeweiligen Landesverband, erkläre(n) ich mich/wir uns  
einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronische Datenträger  
gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzes.  
**Bei einer Familienmitgliedschaft sind beide Unterschriften erforderlich!**

Ort/Datum:

Unterschrift(en):

## Beitragshöhe (bitte ankreuzen)

☐ Ich zahle den jährlichen Regelbeitrag für eine Einzelmitgliedschaft in Höhe von 46,-Euro (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“).

☐ Wir zahlen den jährlichen Regelbeitrag für eine Familienmitgliedschaft in Höhe von 60,-Euro (inkl. Abonnement der Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“)

☐ Ich möchte die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ zum Preis von jährlich 20,- Euro abonnieren.

☐ Ich will den Aphasie Landesverband Bayern (BLRA e.V.) als Förderer unterstützen und zahle bis auf schriftlichen Widerruf einen

Förderbeitrag von \_\_\_\_\_,- Euro (Mindestbetrag 100,- Euro pro Jahr). Neben natürlichen Personen können juristische Personen,  
Gesellschaften und Körperschaften Fördermitglied werden.

Ich zahle meine Beiträge jährlich im voraus per

☐ Überweisung

☐ Einzugsermächtigung

## Einzugsermächtigung

Den Mitglieds-/Förderbeitrag oder den Abonnementpreis für die Zeitschrift „Aphasie und Schlaganfall“ bitte ich/bitten wir von folgendem Bankkonto  
durch Lastschrift einzuziehen.

|  |                        |
|--|------------------------|
| Bankleitzahl   | Kontonummer            |
| bei (genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes/der Postbank) | Name des Kontoinhabers |

Die Einzugsermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Wenn mein/unsere Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des  
Kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Evtl. anfallende Rücklastschriftgebühren gehen zu meinen/unseren Lasten.

Ort/Datum:

Unterschrift(en):

