



BEITRITTserklärung Bundes- und Landesverband

A 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
Internet: 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:

<input type="checkbox"/> Ich bin Betroffene(r) und erkläre hiermit meinen Beitritt zum Bundesverband Aphasie, sowie zum jeweiligen Landesverband.	<input type="checkbox"/> Ich bin Angehörige(r) des vorgenannten Mitgliedes.
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Straße:	Straße:
PLZ/Wohnort:	PLZ / Wohnort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:
E-Mail:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Bundesland:	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/unser 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):
------------	-------------------

