



BEITRITTSERKLÄRUNG

Bundes- und Landesverband



Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V.
– Bundesverband Aphasie e.V. –

Bundesgeschäftsstelle:

Klosterstraße 14
97084 Würzburg
Tel.: 09 31 / 25 01 30-0
Fax: 09 31 / 25 01 30-39
E-Mail: info@aphasiker.de
Internet: www.aphasiker.de

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ordentliches Mitglied

Förderer

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

Ich besuche die Regionalgruppe 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.

Ich bin **Angehörige(r)** des vorgenannten Mitgliedes.
 Ich bin **Therapeut(in)**.

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 will den BRA als Förderer nach Kräften unterstützen und zahle deshalb bis auf schriftlichen Widerruf einen Beitrag von _____ Euro (Regelsatz 77,- Euro). Neben natürlichen Personen können juristische Personen, z. B. Gesellschaften und Körperschaften Förderer werden.

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

Ich zahle meine Beiträge jährlich im voraus per Überweisung Einzugsermächtigung

SEPA-Lastschriftmandat

BV Aphasie, Klosterstr. 14, 97084 Würzburg · Gläubiger-Identifikationsnummer: DE10ZZZ00000590325 · Mandatsreferenz: **Wird separat mitgeteilt**

Ich ermächtige den Bundesverband Aphasie Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Aphasie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name und Vorname (Kontoinhaber)	Straße / PLZ und Ort
---------------------------------	----------------------

Kreditinstitut (Name)
BIC: _____ / _____ · IBAN: DE _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

