



Beitrittserklärung

Ich werde Mitglied:

Einzelmitgliedschaft

Doppelmitgliedschaft

**weiterer
Familienangehöriger
eines Mitgliedes**

Ich bin:

Aphasiker(in)

Therapeut(in)

Sonstige(r)

Name	Name
Vorname	Vorname
Straße / Nr.	Straße / Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
Fax	Fax
Email-Adresse	Email-Adresse
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Familienverhältnis	Familienverhältnis

Mit meinem Beitritt zum _____

Erkläre ich mich / wir uns einverstanden, dass meine/unsere personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert und erarbeitet werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Ort, Datum

Unterschrift (en)

Beitragshöhe:

Einzel- und Doppelmitgliedschaft:	jährlich	46,-€
Weiterer Familienangehöriger eines Mitgliedes	jährlich	10,-€
Förderer	jährlich ab	60,-€

Einzugsermächtigung

Den Mitgliedsbeitrag bitte ich _____ jährlich _____ halbjährlich im Voraus von meinem/ unserem Konto durch Lastschrift einzuziehen.

BLZ

Konto-Nr.:

bei (genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes/ 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.

Ort, Datum

Unterschrift